

Année 1901

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE LE 30 MAI 1901, A 1 HEURE

PAR

J. MALLET

INTERNE DES ASILES DE LA SEINE, ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX
LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE (PRIX LAVAL)

Né à Bourges, le 18 Août 1874

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES INDICATIONS OPÉRATOIRES

CHEZ LES ALIÉNÉS LIBRES OU INTERNÉS

(OBSÉDÉS ET HYPOCONDRIAQUES)

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges : { MM. CAMPENON, professeur.
DUPRÉ, agrégé.
CHASSEVANT, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1901

Année 1901

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE LE 30 MAI 1901, A 1 HEURE

PAR

J. MALLET

INTERNE DES ASILES DE LA SEINE, ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX
LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE (PRIX LAVAL)

Né à Bourges, le 18 Août 1874

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES INDICATIONS OPÉRATOIRES

CHEZ LES ALIÉNÉS LIBRES OU INTERNÉS

(OBSÉDÉS ET HYPOCONDRIAQUES)

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges : { MM. CAMPENON, professeur.
DUPRÉ, agrégé.
CHASSEVANT, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1901



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	Professeurs	M. BROUARDEL.
		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		BRISSAUD.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale		BERGER.
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		LANDOUZY.
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée		DEJÉRINE.
		CHANTEMESSE.
		DEBOVE.
Clinique médicale		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique chirurgicale		TILLAUX.
		TERRIER.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique ophtalmologique		PANAS.
Clinique d'accouchements		PINARD.
Clinique gynécologique		BUDIN.
Clinique chirurgicale infantile		POZZI.
		KIRMISSON.

Agrévés en exercice :

MM. ACHARD.	MM. DUPRÉ	MM. LEJARS	MM. THIERY
ALBARRAN	FAURE	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRE	GAUCHER	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GILLES DE LA	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA (And.).	TOURETTE	MENETRIER	VARNIER
BROCA (Aug.).	HARTMANN	MERY	WALLICH
CHARRIN	HEIM	REMY	WALTHER
CHASSEVANT	LANGLOIS	ROGER	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	SEBILEAU	WURTZ
DESGREZ	LEGUEU	TEISSIER	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées devront être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE
DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MES SŒURS ET A MES BEAUX-FRÈRES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A mon très cher Maître

M. LE DOCTEUR PICQUÉ

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL BICHAT
CHIRURGIEN EN CHEF DES ASILES DE LA SEINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Je dédie ce travail, faible témoignage de mon affection
et de ma reconnaissance.*

J. MALLET.

A mes Maîtres des Hôpitaux

MM. PERRIER, ROCHARD et MAUCLAIRE, chirurgiens des Hôpitaux;
LETULLE, FAISANS et ROGER, médecins des Hôpitaux.

A mes Maîtres des Asiles de la Seine

MM. BOUDRIE, DUBUISSON, Professeur JOFFROY, VALLON
et DAGONET

Médecins en chef des Asiles de la Seine.

*J'adresse mes remerciements respectueux et reconnaissants
pour l'enseignement que j'ai reçu d'eux.*

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR LE DENTU

Membre de l'Académie de Médecine, Chirurgien de l'hôpital Necker.
Officier de la Légion d'honneur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
INDICATIONS OPÉRATOIRES
CHEZ LES ALIÉNÉS LIBRES OU INTERNÉS
(OBSÉDÉS ET HYPOCONDRIAQUES)

INTRODUCTION

Grâce aux nombreux travaux de notre vénéré maître le D^r Picqué, chirurgien en chef des asiles d'aliénés du département de la Seine, le principe de la chirurgie chez les aliénés est aujourd'hui admis par tous. Depuis plus de quinze ans M. Picqué s'était mis à l'étude de cette branche spéciale de la chirurgie et après cette longue préparation, muni d'un nombre imposant de matériaux, il a jeté les premières bases de la chirurgie chez les aliénés.

En 1898, par la lecture de deux mémoires à la Société de chirurgie, M. Picqué (1) établit que la psychose post-opératoire est une légende. D'une part s'appuyant sur une longue pratique de la chirurgie chez les aliénés, il démontre que chez eux l'aggravation de la folie n'avait jamais été la conséquence d'une intervention légitime. D'autre part il démontre que l'examen attentif des malades qui présentent des troubles mentaux après les opérations révélait chez eux des psychopathies antérieures plus ou moins graves, quand il ne s'agissait pas même de malades en puissance de folie au moment de l'intervention. Enfin chez ceux qui ne rentraient dans

(1) Picqué, Du délire psychique post-opératoire. *Société de chirurgie*, 1^{er} mars 1898. — Picqué et Briand, Des psychoses post-opératoires. *Société de chirurgie*, 9 mars 1898.

aucune de ces deux catégories, il était facile de démontrer que la production de troubles intellectuels était sous la dépendance d'intoxications diverses.

Il était donc acquis à ce moment que la chirurgie ne pouvait nuire aux aliénés, à condition qu'elle fût faite dans des conditions déterminées. Mais M. Picqué ne s'en tint pas là : dans un troisième mémoire publié en collaboration avec M. Febvré, médecin en chef de Ville-Evrard (1), il démontra que loin d'aggraver l'état mental des malades, la chirurgie, dans certains cas, peut l'améliorer et même le guérir. « Aujourd'hui il n'est plus possible de nier l'influence curative de la chirurgie dans certaines formes d'aliénation mentale. Les faits qui la démontrent commencent à être nombreux, anciens de date et les observations présentent toute la rigueur désirable. »

Il y a quelques années encore, on ne reconnaissait aux aliénés que le droit aux opérations d'urgence. « Intervenir chez un aliéné constituait pour beaucoup une œuvre stérile, pour certains, un acte blâmable. »

Grâce aux efforts de M. Picqué, une formule plus large et plus humanitaire a été adoptée. « Assimiler l'aliéné à un malade ordinaire, l'opérer comme on le ferait s'il était libre, en s'appuyant sur les indications ordinaires de la chirurgie et sans se préoccuper autrement de son état mental que pour lui éviter certaines opérations qui pourraient aggraver cet état ; tel doit être pour nous le but de la chirurgie des aliénés (Picqué). » L'aliéné interné, comme l'aliéné non interné doivent donc, aussi bien que l'homme sain d'esprit, bénéficier de la chirurgie et non pas seulement de la chirurgie d'urgence mais de cette chirurgie qu'on pourrait appeler de simple utilité.

Cette branche nouvelle de la chirurgie a ses indications spéciales puisque, à côté des indications ordinaires de la chirurgie, il y a à tenir compte des indications et des contre-indications tirées de l'état mental. Un même acte opératoire indiqué par les règles ordinaires de la chirurgie peut produire des effets absolument opposés suivant qu'il est pratiqué chez

(1) Picqué et Febvré, Du rôle de l'intervention chirurgicale et en particulier des opérations gynécologiques dans certaines formes d'aliénation mentale. *Société de chirurgie*, 29 mars 1899.

tel ou tel aliéné. « Certaines formes d'aliénation, dit M. Picqué, peuvent guérir sous l'influence d'une intervention chirurgicale. Mais cette intervention ne convient pas à toutes les variétés d'aliénation mentale. La chirurgie chez l'aliéné est, en effet, une arme à double tranchant tantôt aggravant l'état mental préexistant, tantôt, au contraire, amenant la guérison du délire. Les indications opératoires sont par cela même très délicates à établir... »

Dans un article publié dans le *Bulletin médical* du 12 juillet 1899, M. Picqué a posé les grandes lignes de ce chapitre de pathologie chirurgicale : *Des indications opératoires chez les aliénés.*

Dans cet article, M. Picqué examine les conditions particulières de l'aliéné et surtout de l'aliénée au point de vue des indications opératoires. Celle-ci est internée ou non. Si elle est internée, le chirurgien n'agit que de concert avec l'aliéniste. Il admet ce principe « qu'il n'a le droit, chez une malade qui n'a pas son *compos sui*, de pratiquer une intervention que s'il a la certitude de lui être utile et s'il se rappelle que son droit est limité aux opérations qui répondent à des indications bien précises ».

Quand il s'agit de malades non internées, le cas est tout différent et on les considère couramment comme des malades ordinaires. « Que voyons-nous alors, dit M. Picqué ? Le plus souvent ces malades sont opérées sans que l'opérateur se soit douté de leur état mental. C'est surtout cette catégorie de malades qui fournit le plus fort contingent aux psychoses post-opératoires.

« Quand les malades présentent au contraire des troubles plus accusés, le chirurgien, aussi bien dans un intérêt très excusable de sécurité personnelle que pour établir des indications opératoires, toujours difficiles quand il s'agit d'aliénés, aura recours à l'intervention du médecin aliéniste. La malade se retrouve dans les mêmes conditions que si elle était internée. »

En résumé, en présence d'un malade aliéné porteur d'une lésion d'ordre chirurgical, le chirurgien doit *toujours intervenir en cas d'urgence* sans se préoccuper de l'état mental du malade. En dehors de ce cas, toujours lorsqu'il y a lésion

évidente, dans ces cas que l'on pourrait appeler chirurgie facultative (*elective surgery*), le chirurgien doit s'en remettre à l'avis du médecin aliéniste. Celui-ci se basant uniquement sur l'état mental du malade, décide si l'opération peut être utile ou indifférente ou au contraire si elle pourrait être nuisible à l'état mental.

Telles sont les règles générales posées par M. Picqué pour l'intervention chirurgicale chez les aliénés. Mais sa longue expérience lui a déjà permis de pressentir un certain nombre de contre-indications tirées de l'état mental du malade.

Dans une communication qu'il fit en collaboration avec M. Febvré, médecin en chef de Ville-Évrard (1) à la Société de chirurgie, M. Picqué insiste sur ce fait « que rarement les persécutés sont justiciables d'une intervention ; le plus souvent en effet, les opérations sont le point de départ d'une aggravation réelle de l'état antérieur et parfois, dans ces conditions, le chirurgien devient l'objectif du délire de ces sujets.

« Il est une autre catégorie de malades qui ne doivent que rarement, et quand elles présentent des lésions pouvant menacer leur existence, bénéficier des ressources de la chirurgie. Ce sont les hystériques. Chez elles, le plus souvent, l'opération devient le point de départ d'une obsession qui les conduit aux troubles intellectuels auxquels elles sont exposées. Beaucoup deviennent folles après les opérations et les statistiques étrangères, celles d'Angelucci par exemple, qui contiennent surtout des cas d'hystérie, nous le montrent surabondamment. »

Ainsi donc voilà déjà deux groupes de malades pour lesquels l'expérience semble avoir démontré qu'il existe des contre-indications opératoires d'ordre mental. A ces malades par conséquent conviendrait seule la chirurgie d'urgence.

A côté de ces malades qui rentrent dans deux classes assez bien déterminées de la nosographie, M. Picqué établit un autre groupement sur lequel il insiste tout particulièrement, et dans lequel il range tous les malades qui *présentent des obsessions au sujet d'une affection chirurgicale, et qui*

(1) Picqué et Febvré, *Soc. chir.*, 29 mars 1889.

harcèlent le chirurgien pour obtenir de lui une opération.

Dans leur communication à la Société de chirurgie, MM. Picqué et Briand font dans leurs observations un groupe à part de ces malades qui réclament avec insistance une opération. Ailleurs M. Picqué écrit : « Les malades qui présentent des obsessions doivent être examinées avec la plus scrupuleuse attention. Il en est parmi elles dont l'obsession est légitime, ou du moins s'explique aisément par une affection chirurgicale dont la guérison entraîne parallèlement celle de l'obsession. Mais à côté de celles-ci il en est qui présentent des troubles subjectifs hors de proportion avec les lésions souvent insignifiantes que l'on constate. Parfois ces lésions manquent complètement. Dans certains cas, ces malades inventent des troubles imaginaires. Ces diverses malades réclament des opérations qu'elles croient nécessaires ou qu'elles veulent voir pratiquer chez elles. Elles arrivent parfois à exercer sur le chirurgien une suggestion véritable par le récit de ces troubles qu'elles exagèrent ou qu'elles inventent. On ne saurait trop se mettre en garde et éviter de pratiquer, sur la constatation de lésions peu accusées des opérations qui n'ont d'autre résultat que d'aggraver l'état mental, ou de devenir le point de départ d'un délire de persécution dont le chirurgien se trouve trop souvent la victime. »

C'est cette dernière catégorie de malades dont nous voulons nous occuper dans ce travail. Nous n'aurons en vue que ces *malades libres ou internés qui harcèlent le chirurgien pour obtenir de lui une opération*. Nous montrerons que ce caractère commun de désirer une opération chirurgicale sans un besoin bien justifié n'a pas chez tous les malades les mêmes mobiles. C'est par des mécanismes très différents que les malades arrivent tous au même point, c'est-à-dire à un état d'angoisse qui les pousse à réclamer à la chirurgie un soulagement. Nous verrons que ces malades réunis là par un symptôme aussi artificiel présentent des états morbides très divers.

Les divisions que nous avons établies dans nos observations n'ont évidemment rien d'absolu. Nous nous hâtons de dire qu'il en est de même des conclusions que nous espérons en tirer. Ce n'est qu'à mesure que s'étendra cette chirurgie

nouvelle des aliénés, à mesure que les observations se multiplieront, plus complètes, et à mesure que s'approfondira l'étude psychologique des malades qui nous occupent qu'on parviendra à établir des classifications moins artificielles et plus utiles au point de vue pratique. C'est surtout ce côté pratique que nous aurons en vue, car il nous a semblé intéresser aussi bien le chirurgien qui est sollicité par un malade aliéné que le médecin aliéniste à qui le chirurgien demande son avis sur l'opportunité ou la non-opportunité d'une opération.

Il ne faut pas espérer, croyons-nous, arriver à formuler dans une question de ce genre des conclusions fermes pouvant s'appliquer à des catégories bien déterminées de malades. En médecine mentale, surtout lorsqu'il s'agit d'intervenir chez un aliéné, il faut voir surtout des cas particuliers. C'est pour cette raison que nous avons adopté pour notre travail le plan suivant.

Dans une première partie nous donnons nos observations en les divisant par groupes dans lesquels sont rangés des malades présentant entre eux des ressemblances au point de vue mental. A la suite de chaque observation nous étudierons au point de vue psychologique, au point de vue de sa genèse et de ses relations avec une affection somatique évidente ou non, le trouble mental qui nous intéresse, c'est-à-dire l'idée hypocondriaque obsédante.

Dans une seconde partie nous synthétiserons les données que nous aura fournies l'analyse psychologique des malades de chaque groupe et nous étudierons les indications et contre-indications que cet état mental ou la marche habituelle de l'affection mentale dont sont atteints les malades nous permettra de poser.

Enfin nous donnerons nos conclusions.

Les observations que nous avons utilisées ont été recueillies pour la plupart dans les asiles de la Seine, en particulier par M. le Dr Briand, médecin en chef de Villejuif que nous remercions ici vivement ; d'autres nous ont été fournies par M. Picqué ; une seule nous est personnelle, parce que les malades que nous avons en vue ne viennent pas toujours à l'asile.

PREMIÈRE PARTIE

Nous allons commencer par étudier les observations de nos malades en les groupant autant que possible suivant les ressemblances et les différences que nous avons cru voir dans leur état mental.

Nous les répartirons en plusieurs groupes.

CHAPITRE PREMIER

PREMIER GROUPE : MALADES OBSÉDÉS PAR L'IDÉE FIXE D'UNE MALFORMATION OU D'UNE AFFECTION CHIRURGICALE.

Dans le premier groupe nous avons réuni des malades tourmentés surtout par l'idée d'une maladie chirurgicale ou d'une malformation. Ce qui nous a paru caractériser ces malades, c'est qu'ils souffrent plutôt d'une idée fixe et pénible qui s'impose à leur esprit, malgré la volonté, que de troubles de la sensibilité exagérés et déformés par un cerveau malade.

OBSERVATION I. (Communiquée par M. le D^r BRIAND, médecin en chef de Villejuif)-(inédite).

M. Z. est un avocat distingué. Son père, ancien officier supérieur a fait toute sa carrière en Algérie et avoue quelques excès d'absinthe. Sa mère a eu autrefois des crises d'hystérie. Une sœur est très impressionnable.

M. Z. lui-même a contracté l'habitude de prendre beaucoup de café. Il a été pendant longtemps obsédé par la crainte d'avoir un varicocèle. Plusieurs chirurgiens consultés lui ayant déclaré que ses craintes n'étaient pas fondées, il vint nous trouver en nous demandant si la castration ne le débarrasserait pas de son obsession. Il se rendait parfaitement compte que ses préoccupa-

tions ne reposaient absolument sur rien ; mais elles étaient néanmoins devenues si pénibles qu'il était décidé à subir une opération inutile et dont il acceptait toutes les conséquences plutôt que de continuer à vivre dans un tel état d'angoisse. Il sollicitait avec la plus vive insistance notre intervention pour obtenir une consultation avec un chirurgien qui voulût consentir à l'opération. « Je sais bien, docteur, nous écrivait-il, que je n'ai aucune maladie ; mes craintes sont folles, j'en suis convaincu ; j'ai l'esprit malade : c'est entendu ; mais je souffre trop moralement pour pouvoir vivre ainsi. Il me semble que si on m'enlevait ce maudit testicule, je n'éprouverais plus ces angoisses cent fois plus pénibles que la mort. »

Le bromure et l'hydrothérapie et la cessation du café noir eurent bien vite raison des obsessions de M. Z. qui n'a jamais eu depuis aucun trouble de l'intelligence.

Ce malade nous a paru un type d'obsédé. Chez lui on trouve la prédisposition affirmée par ses antécédents héréditaires. Il présente tous les éléments qui entrent dans la constitution de l'obsession : irruption, pour ainsi dire, d'une idée dans le moi ; conscience de la violence subie ; état de souffrance ou angoisse consécutive. Il ne présentait d'ailleurs aucune lésion ni ne se plaignait d'aucune douleur. Chez lui la question d'une intervention ne se posait même pas pour le chirurgien ; mais ce malade présentait d'une façon typique un état mental que nous allons rencontrer chez d'autres malades qui eux, ont quelques lésions ou malformations légères ou encore qui inventent des troubles subjectifs pour obtenir une opération qui soulagerait leur esprit.

Obs. II. (Communiquée par M. le Dr PICQUÉ) (inédite).

Un de mes anciens internes m'adressa un malade qui le suppliait depuis plusieurs mois de le recommander à un chirurgien. Je dois dire que ce n'est qu'à la dernière extrémité qu'il se décida à me l'envoyer. Cet homme jouissant d'une très belle fortune voulait à tout prix qu'on lui fit une opération plastique sur son nez qu'il trouvait difforme. En réalité son nez n'avait rien de difforme ; le lobule était un peu relevé mais n'était en aucune façon ridicule. J'eus beau lui dire que je ne trouvais rien qui pût motiver une intervention ; il me répétait avec insistance que la chirurgie faisait actuellement « des merveilles » et que sa situation

de fortune lui permettait de rémunérer largement une opération qu'il jugeait indispensable.

Pour me débarrasser d'un malade aussi importun, je lui dis que j'allais étudier à l'amphithéâtre la technique opératoire ; qu'en tout cas, il s'agissait d'une opération très délicate et qu'il fallait craindre que malgré son enthousiasme, la chirurgie n'aggravât l'état de son nez, loin de l'améliorer.

Aux détails que le malade me donnait pour me convaincre, fallait bien reconnaître quel'état de son nez était devenu réellement pour lui une obsession des plus pénibles. Je fis rechercher dans son entourage par son médecin le point de départ de cette bizarre préoccupation. Jamais dans son entourage, il n'avait été l'objet de plaisanteries à cet égard et d'ailleurs rien ne les aurait justifiées ; il n'existait pour lui aucun projet de mariage, comme dans le cas bien connu de Blandin. En somme l'obsession semble être venue sans cause chez un sujet sans doute prédisposé.

Quoiqu'il en soit, je conseillai au médecin de lui faire de la suggestion à l'état de veille et surtout d'engager ses proches amis à lui faire abandonner une semblable idée, en développant chez lui la crainte de la chirurgie. Il finit par abandonner son projet.

OBS. III. (Communiquée par M. le D^r BRIAND, médecin en chef de Villejuif) (inédite).

Je reçus un jour la visite d'un jeune homme de dix-huit ans amené par sa mère qui se joignait à lui pour demander l'adresse d'un chirurgien qui consentirait à lui refaire un nez. Ce malheureux était obsédé par son nez qui, sans être d'une forme disgracieuse ni d'un volume très exagéré, présentait cependant peu de régularité. Denombreux signes de dégénérescence ; asymétrie faciale, développement anormal des oreilles, dépourvues d'ourlet, etc., ne laissaient aucun doute sur l'existence de tares psychiques. Notre interrogatoire dirigé dans ce sens nous apprit que ce malheureux garçon, fils d'un père déséquilibré, avait depuis sa naissance présenté des anomalies de caractère, des bizarreries, de véritables impulsions. D'une intelligence vive et précoce, il avait fait d'excellentes études dans un établissement religieux où il remportait tous les prix, malgré les mauvaises notes que lui attiraient ses habitudes d'onanisme.

Ces deux observations, absolument superposables en ce qui concerne le trouble mental, nous ont paru se compléter l'une

l'autre. Si dans l'observation de M. Picqué on peut suivre la marche et savoir l'aboutissant de la maladie, dans l'observation de M. Briand on voit que ce trouble mental survient chez un prédisposé, un dégénéré évident.

Chez ces deux malades, pas plus que chez le précédent, il ne peut être question, pour expliquer l'origine de leur idée fixe, de troubles de la sensibilité. La malformation qui les affecte si fort est à peine visible et ne provoque certainement chez eux aucune gêne. Ce ne sont donc pas des hypochondriaques vrais. L'hypochondrie, en effet, suivant la définition de Schüle (1), étant caractérisée par une hyperesthésie des nerfs sensibles de tous les territoires organiques ou de quelques-uns seulement; cette hyperesthésie finit par déterminer une obsession psychique. Les malades dont nous venons de voir l'observation se rapprochent plutôt des obsédés. Chez eux, en effet, l'idée que leur nez a une conformation ridicule s'impose irrésistiblement à leur esprit. Peut-être ne s'étaient-ils jamais aperçu de cette difformité jusqu'au jour où quelqu'un de leur entourage leur en a fait la remarque. Peut-être aussi plus simplement cette idée a-t-elle germé spontanément dans leur esprit prédisposé. Quoi qu'il en soit, l'idée qu'ils ont le nez mal fait leur est devenue insupportable par sa fixité et son caractère angoissant. Cette idée les hante constamment et c'est uniquement pour faire disparaître de leur esprit cette conviction que leur nez est difforme qu'ils viennent trouver le chirurgien. Cet état mental est donc bien celui des obsédés chez qui, dit M. Magnan (2), un mot, une pensée, une image s'impose à l'esprit, mais en dehors de la volonté, sans malaise à l'état normal, avec, au contraire, une angoisse douloureuse qui la rend irrésistible à l'état pathologique.

OBS. IV. (Communiquée par M. le Dr PICQUÉ) (inédite).

Il s'agissait d'un jeune homme qui me fut présenté par un médecin des hôpitaux. Chez lui, c'était la laideur de son oreille qui le préoccupait et qui l'avait engagé à solliciter une intervention

(1) Schüle, *Traité clinique des maladies mentales* (traduction Jules Dagonet et Dubamel).

(2) Magnan, *Recherches sur les centres nerveux*.

opératoire. Son oreille ne présentait rien d'affreusement difforme, néanmoins le lobule était long, disgracieux et donnait l'impression d'une oreille de chien. Ce jeune homme était sur le point de se marier. Sa fiancée, comme dans le cas de Blandin, lui avait déclaré qu'elle ne consentirait jamais à l'épouser s'il ne subissait pas une opération chirurgicale. C'est cette déclaration vraiment étonnante qui fut le point de départ de cette obsession.

Il était, sous ce rapport, dans le même état que l'homme de l'observation précédente. J'usai à son égard des mêmes moyens que pour l'autre, mais j'eus beaucoup de peine à le persuader. Au bout d'un an, ce malade m'est revenu plus que jamais décidé à subir cette opération. Tous mes arguments furent repoussés et j'appris qu'il était résolu à passer outre et à se confier à un autre chirurgien. Après avoir pris l'avis de son entourage, je me décidai à une opération que je n'eus pas à regretter. Le résultat fut excellent et dépassa mes prévisions. L'obsession disparut immédiatement et ce malade me voua une grande reconnaissance.

Ce malade se rapproche beaucoup des précédents. Chez lui il est plus facile de saisir l'origine de l'obsession. Il présentait en effet réellement une malformation du lobule. De plus, sa fiancée avait formellement refusé de se marier avec lui tant qu'il aurait cette difformité. Ces deux raisons qui, chez un homme normal, auraient sans doute provoqué une certaine préoccupation, pouvaient, chez un prédisposé, faire naître un état d'angoisse véritable. Néanmoins il faut reconnaître que, chez cet homme, l'obsession avait un fondement plus solide que chez les malades que nous avons vus jusqu'ici.

OBS. V. (Communiquée par M. BRIAND, médecin en chef de Villejuif) (inédite).

M^{me} H., quarante-cinq ans, entre pour la seconde fois dans les asiles à la suite d'accidents alcooliques subaigus. Lors de sa première entrée et pendant la période de convalescence, elle s'aperçut qu'elle avait une hernie crurale. Cette hernie dont elle ne souffrait nullement ne tarda pas à la préoccuper au point qu'elle demandait qu'on voulût bien l'en débarrasser par une opération. Comme le médecin traitant ne paraissait pas décidé à la confier au chirurgien, la malade ne pouvant plus résister à l'obsession finit par s'évader de l'asile où elle était internée, pour

frapper à la porte de différents hôpitaux où elle ne put être admise. C'est alors que M^{me} H. fit quelques excès de boissons « pour se donner la force de résister à ses angoisses ». A force de chercher à se faire admettre dans un service de chirurgie, elle finit par entrer à Beaujon où l'on se disposait à l'opérer lorsqu'éclatèrent les manifestations d'un délire alcoolique qui la conduisirent à Sainte-Anne. Transférée plus tard à Villejuif, elle y mourut d'une congestion cérébrale, après quelques semaines. Cette malade était la fille d'une névropathe qui n'avait jamais présenté de troubles intellectuels. Si son état physique eût permis une intervention chirurgicale, il est fort probable que l'obsession aurait pu disparaître.

Cette malade, comme le prouve son premier passage à l'asile, était tout à fait prédisposée au délire. La hernie crurale existant réellement qui devint la cause occasionnelle de ses préoccupations ne la faisait nullement souffrir. Chez elle l'obsession psychique est indépendante de tout trouble sensitif. Il semble que l'idée de sa hernie s'est implantée subitement dans son esprit, qu'elle y a pris une place prépondérante en raison d'une sorte d'hyperesthésie psychique. Il s'agit là d'une idée fixe obsédante n'ayant pas, comme l'idée hypocondriaque vraie, son fondement dans des troubles de la sensibilité. Dès lors, puisqu'il existait une lésion évidente, il est probable, comme le dit M. Briand, que la cure de la hernie aurait eu pour conséquence la disparition des craintes et de la terreur que cette hernie causait à la malade.

OBS. VI. (Communiquée à la *Société de chirurgie* par M. PICQUÉ (1).

Obsessions diverses chez une dégénérée, simulation. Joséphine C... présente plusieurs signes de dégénérescence mentale (infantilisme, blésité, malformation de l'oreille externe). Elle est entrée à l'asile pour un accès de folie intermittente. Les parents racontent qu'elle n'a commencé à marcher qu'après deux ans et n'a pu parler qu'à six ans révolus. Elle était d'ailleurs peu intelligente. Dès l'âge de sept ans, ses seins ont commencé à la préoccuper. Elle en parlait souvent, les considérait avec attention et se montrait très ennuyée à la pensée qu'ils grossiraient. Je me les ferai couper, disait-elle souvent. Les parents n'attachaient

(1) Picqué et Briand, *Société de chirurgie*, 9 mars 1898.

aucune importance à ces faits qu'ils qualifiaient d'enfantillage ; mais l'obsession devenait de plus en plus pénible, et, à seize ans, elle débuta dans ses pérégrinations à travers les services hospitaliers. C'est à peine si elle restait quinze jours chez ses parents entre deux entrées. Presque tous les chirurgiens, entre autres le professeur Trélat, lui ayant déclaré que ses seins étaient très normaux, elle résolut d'en obtenir l'ablation en simulant les maladies pour lesquelles elle avait vu enlever un de ces organes. Les premières simulations échouèrent jusqu'au jour où une voisine de salle fut opérée pour une névralgie mammaire persistante. Le moyen d'arriver à ses fins était désormais trouvé. Elle quitta le service et se fit admettre dans un autre hôpital en simulant d'atroces douleurs névralgiques.

Les moyens thérapeutiques ordinaires n'ayant amené aucun résultat, un chirurgien se laissa convaincre et lui enleva le sein droit ; quelques semaines après, elle se faisait enlever l'autre sous le même prétexte. L'obsession ne s'arrêta malheureusement pas là ; plus tard, elle se mit dans la tête de se faire débarrasser de ses doigts qui l'ennuyaient, dit-elle, parce qu'ils lui faisaient une vilaine main. Le moyen qu'elle employait était le suivant : elle se mordait le doigt jusqu'à ce que la plaie prit un vilain aspect ; elle se présentait alors dans un hôpital où on lui enlevait une phalange sans même l'endormir.

Dans l'intervalle des nombreux accès de folie à double forme qu'elle subit, à Villejuif, nous fûmes plusieurs fois témoins des obsessions que lui causaient ses doigts, et nous dûmes la faire surveiller de très près pour l'empêcher de se les ronger ; son désir avoué étant de n'avoir à chaque main que le pouce et l'index.

Cette malade est une dégénérée profonde avec stigmates physiques et psychiques. On ne saurait l'appeler une hypochondriaque : elle ne s'imagine nullement avoir une maladie des seins. Elle est simplement obsédée par l'idée que ses seins vont grossir. Cette idée porte évidemment l'empreinte d'une grande débilité mentale mais si l'on met à part la niaiserie même des craintes de la malade, on voit que ces craintes sont de même ordre que celles éprouvées par les malades des observations précédentes, qui ne pouvaient supporter l'idée qu'ils étaient porteurs d'une malformation ou d'une maladie ne leur causant aucune gêne et ne présentant en réalité pour eux aucun danger. Chez ces derniers malades

plus intelligents, l'idée qui les tourmentait était mieux fondée et plus raisonnable.

D'autre part chez les débiles comme l'est notre malade, les caractères de l'obsession sont moins nets. L'obsession est en effet très réduite dans ces cerveaux imparfaits. L'idée obsédante arrive presque immédiatement à se traduire en un acte, une impulsion, tandis que chez les dégénérés plus intelligents, il existe surtout de l'angoisse causée par la rumination intellectuelle de l'idée obsédante.

OBS. VII. (Communiquée à la *Société de chirurgie*, par M. PICQUÉ) (1).

Autre observation à peu près identique à la précédente :

Obsessions diverses. Simulation. Adèle est une prédisposée à la folie qui, depuis 1886, est entrée plusieurs fois dans les asiles. Elle est, en outre, sujette à de rares accès d'hystéro-épilepsie. C'est une forte fille de vingt-cinq ans, d'une grande inégalité d'humeur, tantôt déprimée, tantôt violente et impulsive et très désireuse d'attirer l'attention. Entre deux séjours à Villejuif, elle trouva moyen de se faire amputer les deux seins, de la façon suivante. Bien que d'un volume normal, ils la gênaient par leur gonflement au moment des règles, aussi les malaxait-elle pour les faire dégonfler ; une érosion qu'elle se fit au mamelon fut suivie d'érizypèle. Plus tard, il se produisit un petit phlegmon dans les mêmes conditions ; aussi jura-t-elle de se débarrasser d'organes inutiles, qui ne lui causaient que des ennuis et d'inutiles séjours à l'hôpital.

Le premier chirurgien auquel elle s'adressa la renvoya en la plaisantant sur l'étrangeté de sa demande ; mais elle retint de cette première consultation que certaines névralgies mammaires nécessitaient parfois l'amputation du sein. Son boniment était trouvé. Munie de ce renseignement, elle courut les services hospitaliers, et finit par trouver un opérateur qui allait procéder à l'ablation, lorsqu'une malencontreuse attaque d'hystérie fit penser à un point hystérique et remettre l'opération aux calendes grecques. Elle quitta ce service, où sa qualité de sujet intéressant lui avait permis d'apprendre tout ce qu'il fallait pour simuler correctement une névralgie rebelle à toute thérapeutique, et se fit admettre dans un autre hôpital où on lui fit enfin l'amputation du sein gauche.

(1) Picqué et Briand, *Société de chirurgie*, 9 mars 1898.

Désormais rien n'était plus facile que de se faire débarrasser de l'autre, en invoquant un précédent. C'est ce qu'elle fit quelques mois après.

Elle fit, vers cette époque, un séjour de quelques mois à Ville-juif, à l'occasion d'un accès d'agitation maniaque, et nous raconta son odyssée.

Cette jeune fille était éminemment suggestible; aussi est-il fâcheux qu'on n'ait pas eu la pensée de la débarrasser de son obsession, par une tentative de suggestion.

Transférée dans un asile de province, elle fut bientôt rendue à la liberté, ce dont elle profita pour se faire amputer un doigt de la main gauche, qu'elle trouvait trop gros par rapport aux autres. Pour arriver à ses fins, elle y entretint par des pansements irritants, une plaie profonde qu'elle s'était faite avec les dents. Il faut ajouter qu'elle était hémi-anesthésique de ce côté.

La recherche du sommeil chloroformique devait être aussi pour quelque chose dans ses mutilations; car, dans un précédent séjour à la Charité, elle avait pu faire une provision de chloroforme et contracter l'habitude d'en respirer et même d'en boire.

OBS. VIII. (Communiquée à la *Société de chirurgie*, par M. PICQUÉ).

Il s'agit d'une jeune femme qui, poursuivie pendant plusieurs années par la pensée que la grandeur et surtout la largeur démesurée de ses pieds, l'empêcheraient de trouver un mari, tourmentait ses parents pour qu'ils la fissent opérer. Peu s'en fallut qu'elle ne trouvât un chirurgien complaisant, lequel avait à peu près convaincu la mère qu'une opération pourrait améliorer les choses. Sur le conseil du médecin de la famille, le père intervint, fort heureusement, assez à temps pour empêcher une intervention au moins inutile. Cette dame qui, depuis, a mis trois enfants au monde, a eu après chacune de ses couches, un accès de folie puerpérale. Elle avait les pieds plats et comme elle savait que certaines opérations étaient tentées lorsque survenaient des névralgies rebelles, elle avait appris à simuler suffisamment ce symptôme pour tromper un chirurgien, qui était sur le point de tenter une opération, lorsque ses soupçons furent mis en éveil par la prétention de la malade qui voulait se faire enlever un métatarsien pour diminuer la largeur de son pied.

Les malades qui font l'objet de ces trois dernières observations se ressemblent, au point de vue mental, d'une façon

frappante. Toutes les trois sont des prédisposées à la folie. Deux d'entre elles sont des malades d'asile. La dernière a eu un accès de manie puerpérale. Chez toutes les trois, sans cause aucune, il survient une idée absurde qui s'impose à leur esprit et les pousse à demander une opération. Malgré l'étrangeté de leur obsession, toutes les trois réussissent par la simulation à tromper des chirurgiens ; une seule, celle qui trouvait son pied trop large, ne fut pas opérée et encore ce ne fut ni sa faute, ni celle d'un chirurgien un peu... complaisant.

CHAPITRE II

DEUXIÈME GROUPE : MALADES CHEZ QUI UNE OBSESSION AYANT POUR POINT DE DÉPART UNE AFFECTION CHIRURGICALE DÉTERMINE UNE PSYCHOSE.

Dans ce groupe nous voulons montrer des malades qui se rapprochent des précédents sous certains rapports, mais en diffèrent cependant beaucoup, en apparence tout au moins. Chez les malades que nous venons de voir, l'obsession d'un certain état physique réel ou faux tient la première place ; cependant cette obsession en reste là. A aucun moment on ne voit ces malades entrer dans la folie vraie à cause de leurs préoccupations.

Les malades de notre second groupe sont allés plus loin dans les conséquences de leur obsession. Chez eux l'idée obsédante a fini par prendre une prépondérance telle qu'elle a réussi à amener une dépression mélancolique de leur esprit déjà prédisposé.

OBS. IX. (Communiquée par M. PICQUÉ à la *Société de chirurgie*) (1).

M^{lle} P..., vingt-huit ans, est une dégénérée avec antécédents héréditaires ; très intelligente, munie de tous ses brevets d'institutrice, elle se laisse séduire par un homme auquel elle venait demander un conseil. Lâchement abandonnée, au moment où elle se croyait enceinte, elle est prise brusquement d'un accès d'exci-

(1) Picqué et Briand, *Société de chirurgie*, 9 mars 1898.

tation maniaque et entre dans le service de M. Bouchereau, à Sainte-Anne, où elle séjourne pendant huit mois. Elle en sort guérie et entre à l'École d'accouchement comme élève sage-femme. Elle y fait de brillantes études, mais quitte l'École au moment de passer ses examens et ne tarde pas à rentrer à Sainte-Anne avec un délire où prédominent des idées mélancoliques, qui ne laisse guère actuellement d'espoir de guérison.

Peu de temps après son premier rapport, elle ressentit quelques symptômes de vulvite et des douleurs dans l'hypogastre. A ce moment, elle vint me consulter avec une de ses parentes, et, après m'avoir confessé l'origine des symptômes qu'elle éprouve, me pria de l'examiner.

Je ne trouvai rien de bien notable ; il existait un peu de rougeur à la vulve ; quelques signes d'endométrite ; les annexes étaient saines.

Les études qu'elle fit à la Maternité devaient être, pour elle, l'occasion de conceptions délirantes, mais parfaitement raisonnées, et par cela même dangereuses pour un chirurgien inexpérimenté.

Les applications très rigoureuses qu'elle vit faire de la méthode antiseptique, à la Maternité, devaient frapper profondément l'imagination de cette fille particulièrement intelligente. Elle crut, et cela avec quelque apparence de vérité, qu'elle avait été infectée lors de son premier coït ; mais, au lieu d'en rester à la donnée pathogénique des accidents ressentis par elle, elle interpréta, d'une manière délirante, la nature et le caractère de ces accidents, se crut d'autant plus exposée aux complications qu'elle avait chaque jour sous les yeux, qu'elle croyait réellement avoir eu un début de grossesse.

Elle réclama donc impérieusement une intervention chirurgicale. Elle écrivait souvent à son médecin et en excellent style, pour lui faire part de ses craintes et de son désir d'entrer dans mon service, à Ivry, pour y subir un curettage.

Les arguments qu'elle invoquait pouvaient frapper un esprit non prévenu. Quant à moi, éclairé par les antécédents de cette malade au point de vue mental, je résistai à ses demandes répétées.

Un moment cependant, je fus sur le point de la prendre à Ivry, espérant, par une opération simulée calmer ses appréhensions au sujet de l'infection dont elle se croyait atteinte à un si haut point. Mais les accidents psychiques se précipitèrent rapidement et rendirent toute tentative de ce genre impossible.

Nous croyons pouvoir compléter cette observation en donnant quelques extraits d'une lettre adressée par cette malade à

M. Picqué. Elle croit s'être introduit dans les organes génitaux des corps étrangers. « Ai-je rêvé cela ou est-ce la réalité ? c'est ce que je ne sais pas exactement... je vous demande en grâce de me faire la charité de m'examiner consciencieusement ... »

« Même en supposant que vous ne trouviez rien d'anormal, je vous supplie de vouloir bien me faire un curettage et des injections intra-utérines.... ma conviction est qu'une femme qui a l'utérus ou ses annexes malades peut très bien commettre des actes délictueux : à propos de la moindre contrariété, cela devient de la furie, de la frénésie, de la folie... »

Enfin, après avoir supplié M. Picqué de l'opérer, elle termine sa lettre de la façon suivante : « J'aimerais beaucoup mieux me faire soigner dans votre service de gynécologie à l'hôpital Lariboisière et revenir ensuite à Sainte-Anne si on le juge encore nécessaire. Je vous promets d'être aussi raisonnable et docile que possible. Je ne sais même pas s'il y a ici des instruments, des hystéromètres, etc. et j'aurais *peur même de la vaseline peut-être exposée à la poussière*. On devrait bien installer dans les asiles d'aliénés des services de gynécologie réguliers ! »

Cette malade présente une idée fixe à caractère obsédant. Ce qui domine chez elle c'est l'obsession de l'infection. Elle n'interprète pas des sensations internes qu'elle ressentirait. Elle est tourmentée par une idée qui s'impose à son esprit à savoir qu'elle pourrait être infectée ; c'est pour faire cesser l'angoisse que lui cause cette idée qu'elle exige du chirurgien non pas seulement un examen attentif, mais une intervention active. Remarquons que cette malade finit dans la mélancolie. Cette obsession, cette anxiété morale, cette hyperesthésie psychique pouvait n'être que le premier stade de l'affection qui plus tard aboutit à une psychose incurable. On pourrait supposer aussi avec plus de raison, peut-être, que l'idée fixe et pénible a amené à sa suite la dépression mélancolique.

OBS. X. (Communiquée par M. BRIAND, médecin en chef de Villejuif) (inédite.)

M^{me} V^{ve} P... fille d'une obsédée est entrée en 1860 à Charenton, dans des circonstances curieuses à relater, étant donnée la cause qui a déterminé la séquestration. Cette femme qui avait à ce moment-là vingt-sept ans était mariée depuis peu et rien ne

faisait prévoir la fragilité de son état mental. Un jour en sortant du bain, elle constata sur sa fesse gauche la présence d'une tumeur de la grosseur d'une aveline.

« A partir de ce jour-là, nous dit-elle, mon existence fut empoisonnée. Je n'osais parler à mon mari de mes préoccupations obsédantes ni consulter un médecin, dans la crainte que ce ne fût un mauvais mal qui m'aurait fait perdre l'affection de mon mari. Sans mon enfant je me serais suicidée pour ne pas souffrir ce que souffre une femme qui n'est pas aimée ». Toutes ses pensées tournaient autour de cette tumeur qui paraît avoir été un petit kyste. M^{me} P... tombe peu à peu dans un état de dépression et d'angoisse tel que sa fille ne pouvant lui donner des soins appropriés dut la placer à Charenton. Pendant plusieurs jours, il fallut, pour la nourrir, recourir à la sonde œsophagienne. Après un temps qu'elle ne peut préciser, l'interne qui l'alimentait gagna sa confiance, connut la cause intime et déterminante des tristesses de la malade, mais se refusant à croire qu'une cause aussi futile pût entrer en ligne de compte dans la production du délire, n'attacha aucune importance aux confidences de la malade. Un jour cependant, sans qu'elle sache trop dans quelles circonstances, elle se souvint qu'on lui fit une piqûre à la fesse, que la tumeur se vida, trop tard, ajoute-t-elle. Néanmoins cette intervention fut comme le signal du retour à la raison et M^{me} P... guérit. Plus tard le kyste se réforma. Cette fois la préoccupation de la malade la conduisit chez un médecin qui la tranquillisa en lui faisant une nouvelle ponction. Il en fit de même plusieurs pendant les vingt-cinq années suivantes et la malade finit par ne plus se préoccuper de son kyste.

Cette assuétude devint à son tour la cause d'une rechute plus grave que la première atteinte. Voici comment : on s'habitua à tout et M^{me} P... s'habitua à vivre en bonne intelligence avec son ennemi. Mais le médecin de M^{me} P... mourut et le kyste atteignit bientôt un développement assez considérable pendant le temps que la malade demeura sans se décider à faire choix d'un autre praticien. Aucun ne lui semblait digne de sa confiance. La tumeur augmentant peu à peu nécessita une véritable opération. M^{me} P... se résigna et entra à Saint-Louis sans présenter aucune idée délirante. (Renseignement de la famille) Elle fut endormie, opérée et à son réveil fut prise de l'idée qu'elle avait contracté une mauvaise maladie. Peu à peu son caractère changea. Elle se disputa avec ses voisines et les infirmières, fut prise de frayeurs

et se fit signer sa pancarte pour fuir de prétendus persécuteurs.

A peine arrivée à son domicile, elle est prise d'un accès d'agitation et se plaint de sentir de mauvaises odeurs. La nuit suivante, elle casse les carreaux de sa fenêtre pour donner de l'air ; jette dans la rue sa literie qui est empoisonnée. Sa famille la fait alors conduire à Sainte-Anne d'où M^{me} P... fut transférée à Villejuif. Son agitation à ce moment est extrême, hallucinations, idées de persécutions. Quelques jours après l'excitation tombe et la malade se lamente sur son malheureux sort, se plaint d'avoir été mal opérée, récrimine contre le chirurgien qui l'a trompée et ne lui a pas enlevé « sa mauvaise maladie ». Elle n'a plus de forces : et demande la mort parce qu'elle ne guérira jamais.

Cet état dure environ deux mois et la convalescence s'établit peu à peu. Quand M^{me} P... quitta l'asile, elle ne présentait plus aucune idée délirante.

Cette malade est intéressante à plusieurs points de vue. On pourrait à la rigueur l'appeler une hypocondriaque mais il nous semble qu'elle se rapproche bien plus des obsédés en raison de la fixité de ses préoccupations uniquement concentrées sur un seul point. De plus ces préoccupations sont basées moins sur des sensations anormales que sur une interprétation délirante d'une perception non pénible. Cette idée qu'elle a une mauvaise maladie est évoquée chez elle par la découverte de son kyste : cette idée fixe ne tarde pas à envahir totalement le champ de son attention et comme cette idée est pénible pour elle, la malade tombe rapidement dans un véritable état mélancolique qui nécessite l'internement.

Ce qui frappe plus encore dans cette observation, c'est de voir l'amélioration revenant régulièrement après chaque ponction et finalement la guérison définitive suivant une opération radicale.

Il est vrai que cette opération fut elle-même suivie d'une psychose post-opératoire. Cet accident ne présente rien d'étonnant chez une prédisposée comme notre malade, qui avait déjà eu un véritable accès de mélancolie causé par l'idée obsédante de ce petit kyste de la fesse. Au moment de l'opération, la malade, après avoir longtemps hésité à se confier à plusieurs médecins, se décide à entrer à l'hôpital parce que son kyste prenait des proportions inquiétantes. A ce moment son état

mental devait être des plus instables. Elle devait éprouver une grande anxiété qui, jointe à l'émotion de l'opération, suffit à rompre cet équilibre mental si fragile.

OBS. XI. (Communiquée par M. PICQUÉ à la *Société de chirurgie*) (1).

Il s'agissait d'une malade qui était venue à l'hôpital avec des accidents d'étranglement herniaire. L'opération avait été pratiquée de suite : malheureusement l'intestin était sphacélé et un anus contre nature avait été établi. Peu de temps après, cette malade était prise d'un accès de mélancolie anxieuse avec tendance au suicide. Elle fut envoyée à Sainte-Anne, puis de là à Ville-Evrard où je la retrouvai dans le service de mon collègue et ami le D^r Febvre. L'écoulement de matières était très abondant, et cette pauvre femme accusait par moment un véritable désespoir et parlait constamment de ses projets de suicide. Je priai mon cher collègue des hôpitaux, Chaput, de venir la voir et de tenter une opération. Après une première tentative infructueuse, il réussit à la guérir définitivement. Dès ce jour, son état moral s'améliora rapidement et elle put, au bout de quelques semaines, quitter l'asile complètement guérie.

Je tiens à bien spécifier qu'il s'agissait d'une névropathe avec antécédents héréditaires. J'ai eu, en effet, bien souvent l'occasion selon une pratique aujourd'hui admise, d'établir un anus contre nature, comme premier temps de l'opération de Kraske : à l'hôpital, les malades vous échappent et ne reviennent plus ; mais, en ville, j'ai eu l'occasion d'en suivre quelques-uns ; je n'ai jamais constaté semblable psychose ; il y a, dans ce dernier cas, un facteur qu'il ne faut pas négliger.

OBS. XII. (Communiqué par M. PICQUÉ à la *Société de chirurgie*) (2).

J'ai eu l'occasion d'observer, à l'asile de Vacluse, un pauvre homme qui avait subi, dans un grand hôpital de Paris, une résection de l'épaule, probablement pour une scapulalgie tuberculeuse ; il persistait, en effet, plusieurs mois après l'opération, des trajets fistuleux qui fournissaient une quantité notable de pus et dont l'existence était, pour le malade, la cause d'un réel chagrin.

Mais, de plus, cet homme présentait une double cataracte qui

(1) L. Picqué, *Société de chirurgie*, 1^{er} mars 1898.

(2) L. Picqué, *id.*

le privait absolument de toute vie sociale. Il était tombé dans un état de mélancolie anxieuse qui l'avait conduit à l'asile.

Chaque fois que j'allais dans son quartier, il me suppliait de lui rendre la vue ; j'avoue que l'iridodonésis qui accompagnait la cataracte ne m'engageait guère à intervenir. Comme je lui faisais part, un jour, de mes inquiétudes, au sujet du résultat opératoire, il me répondit simplement : « Qu'ai-je à perdre ! puisque je suis totalement aveugle. Essayez au moins. » Cette parole me décida et le résultat fut excellent.

Je n'ai jamais vu homme plus heureux et plus reconnaissant ; pendant ce temps, les fistules avaient guéri définitivement.

L'état mélancolique prit fin ; le malade quitta l'asile guéri.

Le plus souvent ces malades sont des prédisposés héréditaires.

OBS. XIII. (Communiquée par M. PICQUÉ à la *Société de chirurgie*) (1).

J'ai cité récemment, à la Société de chirurgie, l'histoire d'un malade chez lequel une cystotomie sus-pubienne, pratiquée à l'hôpital, avait produit un état semblable qui l'avait amené à Ville-Evrard, dans le service de M. Marandon. La guérison de la fistule amena le même résultat que précédemment et le malade put quitter l'asile complètement guéri.

Chez ces trois malades que nous rapprochons à dessein, nous voyons comme chez la malade de l'observation X une affection réelle amenant, par le fait de l'idée obsédante qu'elle fait germer, une psychose véritable. Ces malades, comme le fait remarquer M. Picqué, sont des prédisposés ; mais le facteur prédisposition est moins considérable chez eux que chez nos malades du premier groupe. D'ailleurs la cause déterminante de l'obsession est ici évidente et logique. L'affection dont ils se plaignent trouble profondément leurs fonctions. Elle serait de nature à produire chez un homme sain d'esprit une très grande préoccupation.

Il n'est pas étonnant, dès lors, que la guérison de l'affection somatique qui avait pesé d'un si grand poids pour rompre l'équilibre mental des malades, puisse amener la guérison de la psychose qui n'est que l'exagération d'un état de tristesse motivée.

(1) L. Picqué, *Société de chirurgie*, 1^{er} mars 1898.

CHAPITRE III

TROISIÈME GROUPE : MÉLANCOLIQUES HYPOCONDRIAQUES.

Dans ce troisième groupe nous montrons un genre de malades très nombreux à l'asile et au dehors. Ils semblent se rapprocher de ceux du groupe précédent en ce sens qu'ils montrent un état mélancolique et en même temps des idées hypocondriaques. Cependant ils nous ont paru différer parce que chez eux la mélancolie ne paraît pas être consécutive à une idée obsédante. Ces malades sont des mélancoliques présentant entre autres symptômes de leur état mélancolique des idées hypocondriaques. Ces malades souffrent réellement et physiquement, car l'état d'hypéresthésie psychique propre aux mélancoliques leur fait ressentir, multipliées au centuple, des sensations anormales venant des organes internes. Ce sont de véritables hypocondriaques, au sens de la définition de Schüle.

OBS. XIV. (Communiquée par M. PICQUÉ à la *Société de chirurgie*) (1).

Idées hypocondriaques chez une mélancolique. — G..., femme L...t, couturière, présente une hérédité mentale très chargée. Elle a toujours été d'un caractère bizarre, fantasque et exalté. Depuis quelques années, obsédée par des idées hypocondriaques, elle court les cliniques et les hôpitaux de Paris. C'est d'abord aux homéopathes qu'elle s'est adressée pour se faire débarrasser de douleurs abdominales, en rapport avec ses idées délirantes. Plusieurs chirurgiens lui ont successivement fait un curetage de l'utérus, puis un raccourcissement des ligaments par le procédé d'Alexander, enfin une hystérectomie, sans que jamais elle n'éprouve aucun soulagement.

Les idées de suicide commencèrent alors à germer dans son esprit et elle fut envoyée à Sainte-Anne avec le certificat suivant du Dr Garnier : « Délire mélancolique avec prédominance d'idées hypocondriaques. Elle a un dépôt de méningite dans la tête,

(1) L. Picqué et Briand, *Société de chirurgie*, 9 mars 1898.

dit-elle. Idées persistantes de suicide. Nombreuses opérations. »

A son arrivée à Villejuif, elle raconte qu'ayant été mal examinée au spéculum, tout lui est remonté dans la tête; elle déclare que ses intestins n'étant plus retenus par la matrice, sont descendus, se sont noués et elle déclare qu'elle ne va pas suffisamment à la garde-robe. Elle profère des menaces contre les chirurgiens qui l'ont blessée, et demande avec la plus vive insistance qu'on lui fasse préventivement un anus contre nature.

Après quatre mois de traitement, ses préoccupations mélancoliques et hypocondriaques se sont dissipées et M^{me} L...t, put être rendue très améliorée à son mari.

Cette malade était une aliénée véritable au moment où l'observation a été prise. A ce moment ses expressions ne laissent aucun doute sur le caractère de son affection. Avant d'être internée, néanmoins, elle avait réussi à se faire opérer trois fois et il est probable que dès cette époque, elle était déjà ce que nous la voyons à l'asile, c'est-à-dire une mélancolique avec délire hypocondriaque.

OBS. XV. (Communiquée par M. PICQUÉ à la *Société de chirurgie*) (1).

En 1892, entra dans le service de M. le Dr Pozzi, que j'avais l'honneur de suppléer à l'hôpital Broca, une femme âgée de trente-deux ans, se plaignant de vives douleurs dans l'hypogastre avec irradiation du côté du rectum.

Cette malade, qui avait eu plusieurs grossesses, racontait qu'un an auparavant elle avait commencé à souffrir du bas-ventre et que les douleurs avaient peu à peu augmenté d'intensité.

Il y a trois mois environ, une notable quantité de pus s'écoula par le rectum, au moment de la défécation; il y eut un soulagement immédiat; mais peu à peu les douleurs reparurent, et c'est dans ces conditions qu'elle se décida à entrer à l'hôpital. L'état général de la malade est d'ailleurs excellent et elle ne s'est jamais alitée.

L'interne chargé du service examina cette malade dès son entrée, constata une certaine immobilité de l'utérus, et n'ayant aucune raison de suspecter la bonne foi de la malade, admit le diagnostic de suppuration pelvienne ouverte dans le rectum, et

(1) L. Picqué, *Société de chirurgie*, 9 mars 1898.

devant les douleurs persistantes éprouvée par la malade, me la proposa pour une hystérectomie.

J'examinai moi-même cette malade sous le chloroforme; contrairement à ce que l'on trouvait à l'état de veille, l'utérus était absolument mobile et les annexes sains et libres de toute adhérence.

En rapprochant les résultats négatifs de l'examen des conditions excellentes où se trouvait la malade sous le rapport de la santé générale, éclairé par d'autres faits analogues de ma pratique, je me mis à douter des renseignements donnés par cette malade. En la pressant de questions sur la nature de l'écoulement qu'elle accusait du côté du rectum, je constatai qu'elle était dans l'impossibilité de nous renseigner précisément sur les circonstances de cet accident.

Je n'accuse en aucune façon la bonne foi de cette femme : à mon avis, elle n'avait fait qu'exagérer inconsciemment les phénomènes éprouvés; j'admettais fort bien qu'elle avait pu présenter à un moment donné un écoulement quelconque, mais ce pouvait être un peu de mucus ou des matières liquides, à coloration bizarre, dans lesquelles elle avait cru reconnaître la présence du pus.

J'engageai dès lors cette malade à m'écrire elle-même ses observations. Cette lettre fut pour moi la confirmation de mon opinion à son égard; elle me décrivit les sensations éprouvées par elle avec un luxe d'expressions qui trahissait suffisamment son état mental. Je fis dès lors venir son mari et j'appris de lui que depuis longtemps sa femme présentait des signes tout à fait singuliers et pénibles d'excitation et de dépression morale. Je lui conseillai dès lors d'aller consulter à l'asile Sainte-Anne. Elle y fut reçue de suite par M. Magnan avec le diagnostic « mélancolie anxieuse ».

Cette femme m'écrivit un jour une longue lettre où elle me signalait un renseignement curieux à noter : avant son mariage, elle avait, dit-elle, été séduite par un homme qui l'avait emmenée à l'étranger et l'y avait abandonnée. Elle crut que cet homme avait une « maladie honteuse » et la lui avait communiquée. C'est à cette origine qu'elle attribuait tous les troubles ressentis par elle et spécialement l'abcès profond dont elle avait cru constater l'ouverture par le rectum.

Cette malade semblable à celle de l'observation XIV est une mélancolique avec idées hypocondriaques.

CHAPITRE IV

QUATRIÈME GROUPE : ÉTATS NEURASTHÉNIQUES ET HYSTÉRIQUES
AVEC IDÉES HYPOCONDRIQUES.

Nous réunissons dans ce groupe des malades qui présentent des états neurasthéniques avec idées hypocondriaques.

Ces malades constituent en grande partie cette classe si nombreuse de femmes qui, toute leur vie, souffrent du ventre, et sur lesquelles la chirurgie s'exerce toujours en vain. C'est aussi dans cette catégorie d'aliénés que rentrent la plupart de ces malheureux, torturés par un varicocèle douloureux par exemple ou une autre affection sans autres symptômes chez eux que le signe douleur.

OBS. XVI. (Communiquée par M. BRIAND, médecin en chef de Villejuif) (inédite).

M^{me} L..., venue de Londres à Paris pour consulter Charcot, présente tous les signes de la neurasthénie : douleurs à la nuque et à l'abdomen, sentiment d'impuissance, faiblesse musculaire, hyperesthésie lombaire; incapacité de se livrer à aucun travail, etc. Se préoccupe outre mesure de ses maladies imaginaires qui deviennent son unique conversation et l'unique occupation de sa vie; mais reste à peu près indifférente en présence d'une maladie grave susceptible de compromettre son existence. Cette dame contracta en effet pendant son séjour à Paris une pneumonie grippale qui mit ses jours en danger. Le médecin qui la soignait pour son affection pulmonaire s'aperçut seulement pendant la convalescence de la grippe qu'il avait une neurasthénie avérée en face de lui. C'est alors qu'il nous fit appeler en consultation et que nous constatons que M^{me} L..., avait un rein flottant. Elle ne sembla pas s'en préoccuper beaucoup tout d'abord, au contraire, elle paraissait satisfaite d'avoir enfin rencontré un médecin qui lui avait trouvé une maladie palpable. « Vous voyez bien, répétait-elle, que j'avais raison de me plaindre. » Peu à peu toutes ses idées hypocondriaques disparurent devant les souffrances qu'elle éprouvait du fait de son rein mobile.

Une laparotomie qu'elle désirait ardemment fut décidée et une

suture maintint son rein en place. L'opération guérit sans complications et moins de quinze jours après, M^{me} L..., qui gardait le lit depuis plusieurs mois, ne se levant presque jamais, put quitter sa chambre, entreprendre de longues courses à pied et se considérer comme guérie.

Je la revois tous les six mois lorsqu'elle traverse Paris et la guérison ne s'est pas démentie.

Chez cette malade, il s'agit d'un état neurasthéniforme avec idées hypocondriaques. Le caractère obsédant des préoccupations existe à peine. On découvre à la malade un rein flottant dont elle ne souffrait pas spécialement ou tout au moins dont elle ne souffrait que d'une façon imprécise. Mais on voit que les sensations anormales qu'elle ressentait du fait de son rein flottant n'étaient pas les seules, puisque depuis longtemps déjà elle souffrait de maladies imaginaires variées.

Comment expliquer la disparition de sa neurasthénie et consécutivement sans doute des idées hypocondriaques par la fixation du rein? Ce fait que nous avons voulu signaler s'éloigne néanmoins des autres, plus nombreux, dans lesquels, chez des malades analogues, l'opération n'a eu aucun effet. Peut-être faut-il admettre que dans ce cas l'opération a agi par suggestion, chez une malade atteinte de neurasthénie passagère, et chez laquelle les conceptions hypocondriaques étaient liées à une hyperesthésie peu accusée des centres psychiques.

OBS. XVII. (Communiquée par M. PICQUÉ à la *Société de chirurgie*) (1).

Je suis appelé, il y a un an, dans les environs de Paris, près d'une dame âgée de trente-cinq ans, qui présentait une curieuse histoire. D'un tempérament très nerveux, sans antécédents pathologiques, cette dame avait accouché pour la première fois, il y a environ deux ans et demi. Depuis cette époque, elle ne s'est jamais relevée.

L'accouchement s'est effectué dans d'excellentes conditions; les suites avaient été aussi simples que possible; mais la malade commença bientôt à ressentir dans la région lombaire et les fosses iliaques une douleur qui a persisté depuis.

(1) L. Picqué, *Société de chirurgie*, 9 mars 1898.

Tous les traitements locaux et généraux ont été essayés sans succès, et c'est parce que l'on suppose dans son entourage l'existence d'une salpingite que je suis appelé à donner mon avis. Je dis l'entourage, car le médecin de la malade a parfaitement rattaché à leur véritable cause les accidents éprouvés par la malade.

Dès mon arrivée près de la malade, je ne tarde pas à reconnaître tout l'appareil pompeux des névropathes. Les stores de sa chambre étaient complètement fermés, et M^{me} X... se servait nuit et jour de la lumière artificielle; mise avec une extrême recherche, elle passait ses journées à lire des romans.

Quand elle était entièrement seule, elle se levait volontiers, mais, dès que quelqu'un pénétrait dans sa chambre, immédiatement elle accusait des douleurs violentes dans le bas-ventre; son mari se trouvait obligé, la nuit, de mettre à sa disposition des calmants de toute espèce.

Mon examen fut des plus difficiles; le moindre attouchement réveillait chez elle des douleurs intolérables. Je pus, néanmoins, acquérir la certitude que les annexes ne présentaient aucune lésion appréciable.

Cette malade, très névropathe, d'ailleurs, était en somme atteinte d'une névralgie ovarienne qu'elle entretenait et cultivait avec soin par le séjour au lit. Cette malade avait espéré trouver en moi un chirurgien complaisant.

Quand je lui exposai le plan thérapeutique que j'avais adopté avec le médecin de la famille, la malade ne put cacher son mécontentement. Elle commença par me supplier de lui enlever les deux ovaires, elle essaya de me fléchir en me vantant les beaux succès de la chirurgie, et quand elle vit que ma résolution était formellement arrêtée, elle me dit franchement qu'elle regrettait de s'être adressée à moi.

Cette malade semble être également une neurasthénique avec idées hypocondriaque comme celle de l'observation XVI. Ce genre de malade est très fréquent. C'est chez ces sortes de malades que le chirurgien rencontre les névralgies ovariennes, les névralgies pelviennes, les reins flottants douloureux, etc. Chez celle-ci une opération n'aurait, selon toute probabilité, amené aucun résultat en raison d'abord de l'absence de toute lésion, et aussi de l'étendue du dérangement psychique que présentait cette malade.

Obs. XVIII. (Communiquée par M. PICQUÉ) (inédite).

M^{lle} Jeanne D...; vingt et un ans, m'est présentée à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. Périer que j'avais l'honneur de suppléer.

Cette jeune fille a été réglée à onze ans et demi. Depuis cette époque, l'écoulement menstruel est peu abondant, mais régulier. Il existe une leucorrhée légère surtout avant et après l'époque.

Les douleurs qu'elle accuse aujourd'hui remontent à l'époque de la première menstruation. Depuis cette époque les douleurs n'ont jamais cessé. Elles ont, d'après la malade, un caractère constant d'acuité avec des élancements de temps à autre. Leur siège est toujours le même, à gauche, dans la fosse iliaque en un point précis qu'indique la malade et qui se trouve vers le milieu de l'arcade de Fallope et à trois travers de doigt au-dessus d'elle. La malade se plaint également de douleurs lombaires. Ces douleurs s'exagèrent notablement pendant et après les époques.

A l'examen, on constate une intégrité presque absolue de l'hymen. L'utérus présente son volume normal, légèrement antéfléchi. Le col ne présente au doigt aucune modification appréciable à droite, les annexes n'offrent rien à noter; à gauche, l'ovaire est légèrement augmenté de volume et présente très probablement les altérations de la dégénérescence scléro-kystique. La malade a été soumise pendant cinq à six mois à un traitement régulier par l'électricité et les applications de tampons glycerinés. Le résultat a été entièrement négatif et le D^r L... me la présente en vue d'une intervention chirurgicale.

Je suis d'une façon générale peu disposé à intervenir dans les cas de dégénérescence scléro-kystique de l'ovaire; mais une circonstance fortuite fixa d'une façon définitive mon jugement à cet égard. Je me proposais d'examiner la malade à nouveau sous le chloroforme avant de me déterminer; or l'anesthésique venant momentanément à manquer, le médecin de la malade s'offrit de de l'endormir par le sommeil hypnotique. La simple pression du doigt sur les globes oculaires suffit pour la plonger dans un profond sommeil.

Ce simple fait était suffisant pour m'éclairer sur un passé au sujet duquel, malgré mes demandes, on ne m'avait donné jusqu'ici que des réponses absolument vagues.

Le nouvel examen que je pratiquai alors m'ayant permis de confirmer le résultat de ma première investigation, je résolus de m'abstenir de toute opération, persuadé qu'il s'agissait d'accidents

névralgiques liés plutôt à un état névropathique qu'aux lésions de l'organe. Mais je me décidai à agir sur cette malade par voie de suggestion en simulant une opération véritable. A son réveil, je lui déclarai que nous avions vidé par ponction un abcès volumineux qui siégeait dans l'ovaire et je pris vis-à-vis d'elle les mêmes précautions que pour les grandes opérations. Le résultat fut excellent. L'opération simulée avait eu lieu le 6 février. La malade quitta l'hôpital le 22 complètement débarrassée de sa douleur qui avait persisté pendant sept années consécutives. Un an après, j'ai eu des nouvelles de cette malade : les douleurs n'avaient pas reparu.

Cette malade, sur laquelle nous n'avons pas de renseignements suffisants, semble bien cependant être une hystérique, en raison de la facilité avec laquelle on provoque chez elle le sommeil hypnotique. Les douleurs qu'elle accuse et qui lui font désirer vivement une opération ont sans doute une réalité objective, soit dans les lésions de l'ovaire scléro-kystique, soit dans l'hyperesthésie d'un territoire nerveux restreint.

Il s'agit donc d'un hystérique hypocondriaque; « avec cette disposition particulière qui fait que les hystériques pensent exclusivement aux troubles de la sensibilité qu'ils éprouvent (Schüle) », cette malade entretint soigneusement ses douleurs pendant six ans.

L'opération simulée a agi dans ce cas par suggestion.

OBS. XIX. (Communiquée par M. PICQUÉ) (inédite.)

Dans un cas analogue au précédent, que j'eus l'occasion d'observer avec le D^r L..., le résultat fut le même. Il s'agissait d'une jeune femme qui souffrait depuis longtemps d'une névralgie ovarienne. Un examen pratiqué sous chloroforme à Lariboisière me démontra qu'il n'existait aucune lésion des annexes, et cette malade réclamait impérieusement une opération.

Je pratiquai comme précédemment, mais en soumettant la malade au sommeil chloroformique. A son réveil je lui annonçai que j'avais pratiqué par le vagin l'ablation de l'annexe et je la soumis pendant huit jours au régime sévère des opérées.

Cette malade a quitté l'hôpital complètement débarrassée de ses douleurs, je ne l'ai pas revue.

Dans cette observation il s'agissait probablement encore d'une hystérique, bien que l'examen mental et l'examen médical de la malade fissent défaut. En raison du résultat obtenu par la suggestion, les deux cas nous ont paru superposables.

Obs. XX. (Communiquée à la *Société de chirurgie*, par M. PICQUÉ) (1).

Jeanne D..., âgée de trente-quatre ans.

Antécédents héréditaires. — *Tante* : caractère bizarre, nerveux. S'est brouillée avec tous ses parents. *Mère* : paraît exaltée, partage complètement les idées fixes de sa fille; très faible de tête, très impressionnable, a été atteinte de chorée. *Grand-père maternel* : alcoolique, méchant. *Grand-mère maternelle*; caractère difficile. *Père* : aimait boire, dépensait beaucoup, ne travaillait pas; a abandonné sa femme. *Cousin germain de la mère* : tentative de suicide. *Arrière-grand-père maternel* : buveur, dissipateur.

Antécédents personnels. — Pas de maladie nerveuse antérieure. En 1893, elle se plaint d'hémorroïdes, on lui fait une dilatation anale; cette opération fut suivie de douleurs vives dans la colonne vertébrale avec raideur dans les membres inférieurs; elle est soignée pour une affection de la moelle; elle est convaincue qu'elle a une lésion grave de la colonne vertébrale.

En 1894, un médecin de province porte le diagnostic de rétroversion utérine qui impressionne vivement la malade. Elle va dès lors consulter un chirurgien connu qui constate un léger déplacement utérin facile à réduire et engage la malade à ne pas s'en préoccuper. Mais quelque temps après, très effrayée de ce prétendu déplacement qui cependant ne la faisait pas souffrir, elle est admise à l'hôpital sur ses instances pressantes et répétées.

Divers médecins appelés en consultation considèrent le déplacement utérin comme insignifiant, mais ne réussissent pas à convaincre la malade qu'elle n'a pas, comme elle se l'imagine, une infirmité grave.

Persuadé qu'il avait affaire à une hypocondriaque obsédée par un mal imaginaire, le chirurgien résolut d'agir par suggestion en pratiquant une *opération simulée* avec l'autorisation de la famille.

Il annonça à la malade qu'il allait l'opérer, qu'il lui redresserait l'utérus (février 1894). Après les préparatifs habituels des grandes opérations (chloroforme), une incision abdominale fut faite de

(1) L. Picqué, *Société de chirurgie*, 9 mars 1898.

l'ombilic au pubis : c'est à cela que se borna l'intervention chirurgicale. L'hystéropexie imaginaire subie par la malade n'eut aucun résultat favorable. Les sensations douloureuses dans les cuisses, les hanches et les reins augmentèrent. La malade garda le lit d'une façon permanente. Convaincue qu'elle avait été opérée réellement, *elle se figura qu'elle avait été mal opérée*, que sa matrice était de travers, *qu'elle se détachait et roulait dans le ventre*. C'est alors qu'elle fut prise de l'idée fixe qu'elle ne pouvait plus bouger du lit sans danger et ne le quitta plus.

Elle se plaignait de douleurs continues dans les reins et dans le flanc gauche, douleurs qui s'exaspéraient par la marche ; elle éprouvait également une douleur dans la cuisse gauche, du genou à la hanche. Elle supplia le chirurgien de l'opérer de nouveau ; sur son refus, elle courut de médecin en médecin, pour faire contrôler son infirmité, accusant le chirurgien de l'avoir estropiée. Un voyage à Lourdes n'eut aucun résultat. Le 10 août 1894, elle fut admise à l'asile d'aliénés de la Charité, comme atteinte de lypémanie avec prédominance d'idées hypochondriaques ; elle se lamentait, prétendait souffrir beaucoup et ne pouvoir marcher. Elle en sort le 20 septembre 1894, dans le même état. Elle poursuit le chirurgien de ses récriminations et lui adresse des lettres de reproches et de menaces. Sa mère, influencée par les idées obsédantes de sa fille, partage ses préoccupations hypochondriaques.

En avril 1895, la malade consulte un de nos collègues des hôpitaux, qui constate l'intégrité des organes abdominaux : Jeanne D... se plaint de douleurs continues dans le ventre, les reins et les deux cuisses et déclare sa situation intolérable. On porte le diagnostic de *névralgie pelvienne*.

Notre collègue, en raison de l'intensité des douleurs et du mauvais état général, pratique l'hystérectomie vaginale, qui permet de constater l'absence de lésions des ovaires et des trompes. Les suites de l'opération furent normales. Mais aucun résultat au point de vue des phénomènes douloureux et de l'impotence. La malade revint à Paris, en proie à l'idée fixe qu'elle a toutes sortes de choses dérangées dans le ventre ; elle donne de ses maux des descriptions fantastiques. Notre collègue, voulant agir par suggestion, fait une laparotomie exploratrice qui montre tous les organes abdominaux en parfait état. Aucun résultat ne suivit cette troisième intervention chirurgicale. La malade garde toujours le lit, prétend qu'elle ne

peut se tenir sur les jambes et se plaint de douleurs dans les reins et les membres inférieurs. Notre collègue envoie la malade à Sainte-Anne, le 6 janvier 1896, avec certificat constatant que Jeanne D..., « ayant subi successivement deux opérations, est atteinte de troubles mentaux antérieurs à ces opérations et qui nécessitent son admission dans un asile spécial ».

D'après la tante de la malade, le début des troubles nerveux remonte à trois ans. Elle se plaignait d'un malaise général, de douleurs dans les jambes, dans le ventre. La tante a toujours pensé qu'il y avait dans ses plaintes une part d'exagération; la malade considérait sa mort comme prochaine. Après chaque opération, les préoccupations hypocondriaques ont été en s'accroissant; la malade affirmait qu'elle ne pouvait jamais être guérie, qu'elle avait été mal opérée; elle ne pensait qu'à sa maladie, continuellement obsédée par ses préoccupations hypocondriaques.

Chez sa tante, elle avait des façons singulières, se tenait au lit couchée sur le côté gauche, la tête pendante hors du lit, prétendant que cette position la soulageait.

Elle éprouve des *sensations étranges*; il lui semble que ses reins se rétrécissent, tout se rétrécit sur elle, que le côté gauche est vide, que l'estomac est rétréci, elle croit que les fils n'ont pas été bien attachés, qu'elle est toute défaite dans le ventre, les reins, le côté gauche; on a mal remplacé les organes, dit-elle; il y a quelque chose de décroché, elle veut qu'on le lui remette.

Exagération très notable des réflexes rotuliens à droite et à gauche.

Diminution légère de la sensibilité au membre inférieur gauche.

La main gauche n'exerce qu'une pression très faible; pas de thermo-anesthésie.

Elle s' imagine ne pouvoir ni marcher ni se tenir sur ses jambes, bien qu'elle puisse en réalité le faire quand on insiste; la malade marche à petits pas, en se plaignant que la douleur des reins l'empêche d'aller plus vite; parfois elle glisse sur le sol sans détacher les pieds. Le traitement hydrothérapique est institué malgré la répugnance de la malade à s'y soumettre. Au début, elle s'y traîne, appuyée sur deux infirmières. A chaque visite, ou contre-visite, tout le personnel lui répète qu'elle est guérie; quelques jours après, elle commence à marcher droite, sans se courber en deux comme elle le faisait ordinairement; elle peut, étant assise à terre, se relever sans aide et sans s'appuyer aux

meubles voisins ; elle peut étendre les jambes horizontalement ; la jambe gauche est cependant plus faible. Elle se plaint surtout de l'estomac (sensation d'étouffement), des reins, des jambes.

La *suggestion à l'état de veille* paraît amener un réel progrès. Les premiers essais déterminent de l'anxiété ; il faut rassurer la malade en lui disant qu'on la soutiendra en cas de chute, et que d'ailleurs l'hydrothérapie l'a guérie.

Quelques jours après, on soumet la malade à l'hypnotisme pour parfaire la guérison. Elle n'est pas plongée dans un sommeil complet, mais dans un léger assoupissement. On profite de cet état pour lui suggérer que ses douleurs disparaissent, qu'elle pourra marcher sans aide. Le jour même on observe une notable amélioration dans la marche ; la malade est plus solide sur ses jambes ; elle marche seule sans fléchir le tronc. On peut même lui faire exécuter un saut de plus d'un mètre de haut, à plusieurs reprises. La malade se déclare alors guérie.

Le lendemain et les jours suivants, jusqu'au moment de sa sortie, elle peut monter sur une table et sauter à terre sans éprouver aucun malaise. Elle reconnaît que son imagination seule était malade et promet de venir nous consulter avant de solliciter de nouvelles interventions chirurgicales si les idées hypochondriaques venaient à la reprendre.

La malade qui fait le sujet de cette observation nous a semblé être une hystérique, bien qu'aucune crise ne soit mentionnée. Mais nous trouvons dans son histoire une paraplégie survenue subitement et qui ne peut guère être mise que sur le compte de l'hystérie. En second lieu nous trouvons quelques troubles de la sensibilité cutanée. Enfin cette facilité de la suggestion à l'état de veille serait encore un argument en faveur de l'hystérie.

Quoi qu'il en soit cette observation montre que l'opération chez ce genre de malade, bien loin d'avoir un effet salutaire sur leur état mental ne fait au contraire que l'aggraver. Au contraire la suggestion amène la cessation du trouble psychique.

OBS. XXI. (Communiquée par M. le D^r BRIAND, médecin en chef de Villejuif) (inédite).

Madame N., quarante et un ans, sans profession.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. Est fille unique. Pas de suicides dans la famille.

Antécédents personnels. — Aucune maladie dans sa jeunesse. Réglée depuis l'âge de quatorze ans.

Histoire de la maladie — Depuis son mariage et même avant, a toujours montré une préoccupation anormale de sa santé. Son mari, qui nous a donné ces renseignements, l'a toujours connue telle.

C'est à partir de 1883 qu'elle est devenue franchement hypocondriaque. Les premiers jours de février 1886, elle accouche. Accouchement difficile, paraît-il, de l'aveu même des médecins : présentation vicieuse. Elle ne veut point quitter le lit malgré la permission du médecin, prétendant qu'elle ne peut marcher. Elle reste couchée jusqu'au mois de juin. En juillet voyage au Tréport. Un jour sur la plage en l'absence de son mari, elle marche longtemps toute seule, sans aide, mais le soir, son mari arrivant, elle prétend ne pouvoir plus marcher et se fait soutenir par les bras. Après cette première crise, elle reste longtemps calme, conservant toujours quelques idées hypocondriaques.

Deux autres accouchements avec présentation également vicieuse : enfants mort-nés. Aucun autre symptôme particulier.

En 1893 nouvel accouchement de sept mois et demi, prétend-elle (le mari nous dit neuf mois).

Depuis cette époque, elle n'a jamais pu se rétablir. Elle est allée consulter « plusieurs célébrités de la Faculté de Paris ». Tous lui ont dit qu'elle n'avait rien. Mais, jamais contente, elle courait à d'autres consultations. A cette époque, elle entend dire par hasard que la médecine ne peut rien pour son cas, et que la chirurgie seule peut agir. Son cas serait « une inflammation abdominale, si curieuse et si rare, que le Dr Pinard l'aurait consigné dans son journal » (ce cas extraordinaire consistait en une leucorrhée légère).

Nous la voyons alors entrer dans plusieurs services de chirurgie où on refuse de l'opérer et en trouver enfin un où on lui fait d'abord un curetage puis une résection du col de l'utérus (?) :

Elle est contente, on l'a opérée ! Mais cependant elle est loin d'être guérie car elle souffre toujours dans le ventre, et ne peut nullement marcher. Toute la journée, elle reste au lit ou sur sa chaise longue.

Entrée à Villejuif sur sa demande (27 septembre 1896).

Examen de la malade — Petite, grosse, déjà grisonnante, figure arrondie, lobules des oreilles adhérents.

Méfiant, hautaine, causant peu, elle devient très aimable, presque éloquente quand il s'agit de l'examiner. « Regardez-moi bien, répète-t-elle, vous verrez que je suis vraiment malade. » Une fois qu'elle a commencé à parler de sa maladie, impossible de l'arrêter. « J'ai toujours été malade, j'ai toujours eu de l'inflammation. Chez moi l'utérus hypertrophié comprime la vessie; c'est pour ça que je n'urine pas bien. Debout, d'ailleurs, je ne puis uriner, aussi tous les médecins m'ont conseillé de rester étendue au lit. Même avec toutes ces précautions j'urine à peine 200 grammes par jour, tout en buvant près de deux litres de liquide. Je me demande où passent les urines dans mon corps. Je souffre des reins aussi, souvent même les douleurs me montent dans le dos. Les douleurs que j'ai dans le ventre, c'est comme des veines qui se tordent. Toute la journée enfin je souffre. »

Suivent des détails à n'en plus finir sur la nature des aliments qu'elle doit manger, sur ses lavements, etc. Régulée tous les vingt-cinq jours, elle marque sur un petit carnet les jours et la durée de ses règles.

On comprend que nous nous soyons méfié d'une pareille malade; aussi l'avons-nous mise en observation, pour savoir où passaient ses urines et nous lui avons donné un bocal pour qu'elle urine là et seulement là. Eh bien! au moment du repas, le matin, ou quand elle croyait que les infirmières étaient occupées, on l'a surprise vidant une partie du bocal d'urine dans son pot à tisane et priant une malade d'aller jeter le tout aux cabinets! Quand nous lui avons parlé de sa supercherie, elle nous a répondu sans aucune honte: « Que voulez-vous? j'ai vu qu'ici non plus on ne s'occupe pas de moi. On me prend pour une malade imaginaire! »

Rien de particulier aux organes internes. Mais l'examen gynécologique nous a révélé un petit corps fibreux du col de l'utérus, l'utérus est en antéversion.

La malade ne présente pas d'autres troubles psychiques. Elle est d'une physionomie légèrement attristée qui s'anime cependant au récit de ses misères.

Pas d'autres idées délirantes mélancoliques. Sensibilité cutanée normale. Elle aurait menacé de se tuer si l'on continuait ainsi à ne point s'occuper d'elle. Devant nous qui l'interrogeons, elle nie avoir jamais pensé au suicide.

Elle demande à partir. Elle a en effet tout intérêt à sortir d'un asile où elle ne reçoit point les soins chirurgicaux qu'elle réclame depuis si longtemps.

Cette malade dont l'observation a été recueillie à l'asile est un type d'hypocondriaque que le chirurgien rencontre souvent hors de l'asile. D'ailleurs cette malade à plusieurs reprises entra à l'hôpital avec des chances diverses : tantôt elle réussissait à se faire opérer, tantôt on lui refusait toute intervention. Chez elle, il existe des lésions légères de l'utérus qui, sans doute, provoquent des sensations internes vagues, dont n'aurait pas même conscience une femme normale. Mais notre hypocondriaque amplifie ces sensations, les centuple et en arrive à souffrir véritablement au point d'user de supercherie pour parvenir à se faire débarrasser par un chirurgien de ses douleurs.

CHAPITRE V

CINQUIÈME GROUPE : PERSÉCUTÉS AVEC IDÉES HYPOCONDRIQUES.

Dans ce cinquième groupe nous voudrions ranger des malades atteints d'une affection mentale bien déterminée, et chez qui les idées hypocondriaques ne sont qu'un symptôme surajouté à un délire plus ou moins caché, mais qui tient la première place.

Les idées hypocondriaques se rencontrent à ce titre dans :

- 1° Le délire de persécution.
- 2° La mélancolie à forme hypocondriaque.
- 3° L'alcoolisme.
- 4° L'épilepsie.
- 5° La paralysie générale.
- 6° Les différentes démences.
- 7° L'onanisme.

Nous ne pouvons donner des exemples d'idées hypocondriaques intéressant le chirurgien dans ces différentes affections. Nous avons déjà vu ailleurs les mélancoliques hypocondriaques. Nous n'en parlerons pas dans ce chapitre. Pour les autres affections mentales que nous venons de citer nous n'avons pas d'exemples d'idées hypocondriaques, ayant donné ou pouvant donner lieu à un chirurgien de poser des indications opératoires. D'une façon générale les idées

hypocondriaques survenant sur un fond d'affaiblissement intellectuelsont peu durables, mobiles, absurdes.

Il n'en est pas de même des idées hypocondriaques que l'on rencontre chez les persécutés. Et dans ce cas, en raison du mode de réaction habituel de ces malades, il y a grand intérêt pour le chirurgien à avoir vis-à-vis d'eux une règle de conduite. Dans ce chapitre, nous n'aurons en vue que les persécutés avec idées hypochondriaques.

OBS. XXII. (Communiquée par M. PICQUÉ à la *Société de chirurgie*) (1).

Obsession chez une vieille persécutée. Marie A... est une sage-femme, âgée de cinquante-huit ans quand elle entra à l'asile de Villejuif.

Elle venait de l'hôpital où elle s'était présentée, marchant avec des béquilles et sollicitant une opération utérine. Le prétexte qu'elle invoquait pour se faire examiner par le chirurgien était conçu en des termes tels, que ce dernier ne douta pas un seul instant qu'elle ne fût atteinte d'une affection de l'utérus ou des annexes. Il procéda à un examen méthodique, sans rien découvrir d'anormal. Néanmoins, comme M^{me} A... accusait de violentes douleurs, elle fut maintenue en observation. Dans les quelques jours qui suivirent, elle manifesta contre le personnel des idées de persécution qui attirèrent l'attention sur son état mental et la firent envoyer à Sainte-Anne, où elle ne fit que passer.

A son entrée à Villejuif, elle nous entretint de sa prétendue maladie utérine, et comme nous avions la conviction que ses préoccupations reposaient sur des interprétations délirantes, elle finit par nous faire l'avou complet de son délire. Elle a, dit-elle, depuis l'âge de dix-neuf ans, le corps rempli par une matière échauffée et blanche, qui lui a été introduite par son mari dans le museau de tanche. On ne pourra la guérir que par l'hystérectomie.

Ce n'est pas la première fois qu'elle entre à l'hôpital.

Déjà elle s'était présentée à Saint-Louis et allait, dit-elle, être opérée lorsqu'elle eut la mauvaise idée de faire, au chirurgien, la confidence que sa maladie tenait à la matière échauffée qui avait pénétré dans le museau de tanche. En sa qualité de sage-femme, elle tenait à faire preuve d'érudition devant le chirurgien.

(1) Picqué, *Société de chirurgie*, 9 mars 1898.

C'est ce qui l'a perdue, dit-elle, et a fait renvoyer son opération.

Un peu plus tard, afin d'intéresser davantage à son cas, elle avait contracté l'habitude de marcher avec des béquilles; elle fut admise à la Pitié, sans pouvoir obtenir qu'on la débarrassât de sa matière échauffée.

Un examen plus approfondi de l'état mental montra que M^{me} A... est une vieille persécutée dont le délire remonte à une dizaine d'années.

Elle s'imagine qu'un ancien sous-préfet, dont elle a été la maîtresse, use d'une influence secrète pour la tourmenter et la réduire à la mendicité.

Les idées hypocondriaques de cette malade et ses idées de persécution se sont développées parallèlement sans que les unes aient succédé aux autres, ainsi que cela se rencontre souvent.

Les préoccupations, au sujet de la santé, ont mis trente ans à évoluer vers l'idée hypocondriaque confirmée qui poussait la malade à se faire opérer. Il est évident que, dans ces conditions, toute opération aurait été au moins inutile. On peut même ajouter que sur un semblable terrain, auraient germé de nouvelles idées hypocondriaques, que les idées de persécution s'y seraient jointes et que M^{me} A... n'aurait pas tardé à accuser le chirurgien de l'avoir mal opérée. Celui-ci aurait, à son tour, pris rang parmi les persécuteurs imaginaires, de sorte que l'intervention chirurgicale aurait eu pour effet d'aggraver l'état mental de la malade.

Chez cette malade nous voyons une association d'idées de persécution et d'idées hypocondriaques. Chez elle il n'y avait pas lieu à opération, mais chez une malade du même genre qui aurait présenté des lésions peu graves mais évidentes, quelle aurait dû être la conduite du chirurgien? Nous reviendrons plus loin sur ce point.

CHAPITRE VI

SIXIÈME GROUPE : PERSÉCUTEURS-HYPOCONDRIAQUES.

Dans ce groupe nous rangeons une catégorie de malades bien classés en médecine mentale, ce sont des persécutés-persécuteurs ou encore des persécuteurs-hypocondriaques.

OBSERVATION XXIII (personnelle).

Georges C... mécanicien, vingt-cinq ans.

Antécédents héréditaires. — Père actuellement âgé de 65 ans, caractère emporté. Il fut interné à Sainte-Anne pendant quatorze ans. Il semble avoir eu un délire polymorphe : idées mystiques, voulait tout réformer.

Mère présente de la débilité mentale, n'a jamais eu d'accidents délirants.

Antécédents personnels. — Né à terme, il n'a jamais eu de convulsions dans son enfance. Il a parlé tard. Il a toujours été chétif mais n'a jamais eu de maladie grave.

A l'école il était un brillant sujet et chez lui, dit sa mère, on n'a jamais remarqué de bizarrerie de caractère.

Il a toujours beaucoup aimé la lecture et semble avoir fait des lectures aussi nombreuses qu'hétéroclites. Un jour, à 16 ans, en lisant A. Dumas, il lui vint à l'idée de faire de la littérature. Il a d'ailleurs chez lui quelques manuscrits. Il est allé trouver plusieurs éditeurs pour se faire imprimer mais il ne put y réussir à cause du manque d'argent. Il ne croit pas d'ailleurs que ses ouvrages soient des chefs-d'œuvre.

Dès l'âge de 16 ans apparaissent chez lui des idées hypocondriaques au sujet d'un varicocèle. Ce varicocèle n'était pas gros, mais il le gênait au début. Plus tard, il éprouva de véritables douleurs. Il fut forcé de porter constamment un suspensoir ; quand il le quittait, il éprouvait une sensation de tiraillements et une véritable douleur jusque dans les reins.

Ce varicocèle n'a commencé à le tourmenter sérieusement que vers l'âge de vingt ans. C'est à ce moment qu'il commence ses pérégrinations dans les hôpitaux. En 1897, le malade avait vingt et un ans alors, il arrive à Broca se plaignant de son varicocèle. Le chirurgien l'examinant lui découvre une hernie inguino-scrotale que le malade ne soupçonnait pas. On lui opère sa hernie. L'année d'après il revient à l'hôpital demandant à être débarrassé de son varicocèle. Le chirurgien, M. H., lui demande : « En souffrez-vous ? — Oui, depuis six ans. » Devant cette affirmation catégorique l'opération est décidée. La tumeur, dit le malade, ne paraissait pas grosse, mais, après l'opération, on lui a dit « qu'il en avait gros comme un petit gésier de poulet ».

L'opération fut suivie de deux abcès. La plaie cicatrisée, tout est bien et le malade reprend son travail.

Un mois après, il ne tarde pas à s'apercevoir que « le testicule est

relié à la peau par une bride cicatricielle ». Cette bride ne le fait pas souffrir, sauf l'été. A ce moment il éprouve dans le testicule une sensation de cuisson. Ce n'est pas, dit-il, une douleur insupportable, néanmoins, il est forcé de porter un suspensoir. Il lui semble qu'une opération détruisant cette bride cicatricielle le délivrerait de cette gêne.

Pendant un an, il supporte son affection sans rien dire, mais il y pense à chaque instant. Ets'il ne va pas voir un chirurgien, c'est parce qu'il ne peut quitter son travail.

En 1898, il va à la consultation à Lariboisière. Il est reçu par M. B... qui lui dit : « C'est presque rien, ça ne vaut pas la peine d'être opéré, mais puisque tu y tiens on va te garder » ! Le malade ajoute aussitôt : « L'opération était donc nécessaire, sans cela M. B... qui ne me connaissait pas ne m'aurait pas dit cela. »

Il entre dans un service de chirurgie de Lariboisière. Le chef le voit le lendemain et le renvoie disant que ça ne valait pas la peine.

Sans perdre de temps, le malade va à Saint-Louis dès le lendemain. Là il rencontre l'interne H... qui avait opéré sa hernie à Ricord deux ans auparavant. « C'est presque rien, lui dit celui-ci mais si tu veux que je t'opère, je te ferai ça à la cocaïne et tu pourras t'en aller chez toi après. » L'interne en question croyant sans doute à une cicatrice douloureuse, enleva le tissu induré, mais ce n'était pas ce que voulait le malade. Il aurait voulu que l'on coupât la « bride » qui retenait le testicule.

Aussitôt que le pansement fut enlevé il s'aperçut de l'erreur et courut de nouveau trouver l'interne H... Celui-ci reconnut volontiers son erreur et promit une nouvelle opération.

Dans cette nouvelle opération, faite à la cocaïne, l'interne fait une grande incision, sort le testicule et le montre au malade, en lui disant : « Es-tu content ? Es-tu sûr que ton testicule est libre et qu'il n'y a plus de bride ? » Ceci dit, il rentre le testicule. Le soir un hématome volumineux se produit. Le malade entre à l'hôpital, on fait sauter les fils et on vide la vaginale. La suppuration survint et la plaie fut très longue à se fermer.

Cette nouvelle affection terminée, le malade constate que son testicule n'est plus adhérent en bas, mais en haut. Néanmoins dit-il, il souffrait moins et son testicule était plus libre.

Quelque temps après, il est de nouveau repris par l'idée de son varicocèle. D'autre part la littérature lui donnait des déboires ; les éditeurs ne voulaient pas de ses manuscrits, enfin il ajoute

qu'il n'avait plus d'argent. « Pour tous ces motifs, dit-il, je voulais me suicider »

Il se tire en effet un coup de revolver dans la région du cœur. Il est transporté à la Pitié dans le service de M. Picqué. La balle ne provoqua qu'un hémithorax sans gravité et le malade guérit rapidement.

Pendant son séjour à la Pitié il parle de son varicocèle à Mme F... la surveillante du service et lui demande de le signaler à M. Picqué. M. Picqué refuse d'opérer. Le malade s'adresse alors à l'interne B... qui lui dit : « Il y a quelque chose en effet, mais si vous n'en souffrez pas, c'est inutile d'opérer ! »

Il sort de l'hôpital paraissant ne plus penser à son varicocèle, mais peu de temps après il revint trouver la surveillante et la supplie de le faire opérer. Celle-ci qui l'avait déjà présenté à M. Picqué lui répond qu'elle ne peut rien pour lui, qu'il n'a rien et qu'il n'y a pas lieu à une opération. Il revient plusieurs fois à la charge, de plus en plus pressant et affirmant à Mme F... que celle-ci lui a promis de le faire opérer.

M. Picqué quitte alors la Pitié pour devenir chirurgien de Bichat, Mme F... la surveillante, le suit dans son nouveau service. Notre malade sans se décourager va jusqu'à Bichat, supplie toujours Mme F... de le faire opérer. L'interne du service, G... examine le malade et constate une légère adhérence de l'épididyme, mais il affirme au malade qu'il n'y a pas lieu à une opération.

Rien n'y fait. Il devient de plus en plus pressant et finit par menacer de mort à plusieurs reprises Mme F... si elle ne le fait opérer.

A ce moment on le fait interner.

Il arrive à Sainte-Anne le 4 septembre 1900 avec un certificat du Dr Legras ainsi conçu : Dégénérescence mentale avec appoint alcoolique. Préoccupations hypocondriaques. Illusions sensorielles, tremblement des mains. Père traité à Sainte-Anne ; croit avoir au testicule gauche une adhérence épидидymaire, s'est présenté à Bichat pour se faire opérer et y a menacé de mort une surveillante qui, croit-il, s'oppose à l'opération.

Le lendemain le Dr Manheimer signait le certificat suivant : Déséquilibré, persécuté-persécuteur. Préoccupations hypocondriaques ; poursuit de ses réclamations une surveillante qu'il accuse de s'opposer toujours à ce qu'il soit opéré et qu'il a d'ailleurs menacée de mort.

A l'asile, ce malade est très calme. Il a l'aspect sournois, regarde en dessous d'un air défiant et quand on lui parle de son affaire,

il répond que c'est un enfantillage, qu'on l'a enfermé à tort, qu'il avait menacé, il est vrai, Mme F..., mais sans y penser, qu'il n'avait aucunement l'idée de mettre ses menaces à exécution. Cependant quand il parle de sa maladie il devient plus prolix et on voit qu'il a encore la conviction qu'il a besoin d'une opération et que s'il n'est pas opéré c'est la faute de Mme. F...

A l'examen, son testicule est mobile sous la cicatrice. Il n'est pas douloureux à la pression. La cicatrice elle-même n'est pas douloureuse.

Ce malade est un type de persécuté-persécuteur. Leroy (1) dans sa thèse a fait de ces malades un groupe de persécuteurs à part. Cette catégorie de malades est peu fréquente, dit Leroy, heureusement car ce sont, parmi tous les malades que nous avons en vue, les plus terribles pour le chirurgien.

(1) Leroy, Les persécutés-persécuteurs. *Thèse de Paris*, 1896.

DEUXIÈME PARTIE

Nous venons d'étudier un certain nombre de malades, qui tous se présentent au chirurgien sous le même aspect : tous sollicitent de lui une opération. Chez les uns, le chirurgien ne trouve aucune lésion pouvant justifier une intervention, chez les autres il existe des lésions qui, bien que ne présentant aucun danger pour la vie du malade, pourraient légitimer une opération.

Nous avons réparti ces malades en six groupes pour la commodité de l'étude ; mais si maintenant nous essayons de synthétiser les notions psychologiques que nous a fournies cette étude, nous pouvons dire que tous ces malades se rattachent à deux grandes catégories : les uns sont obsédés par une idée fixe ; les autres sont des hypocondriaques chez qui l'état d'angoisse est consécutif à des troubles de la sensibilité.

« L'obsession, dit M. Magnan, est un mode d'activité cérébrale dans lequel un mot, une pensée, une image s'imposent à l'esprit, mais en dehors de la volonté, sans malaise à l'état normal, avec, au contraire, une angoisse douloureuse qui la rend irrésistible à l'état pathologique. »

« Sous le nom d'hypocondrie, dit Schüle, on désigne une psycho-névrose caractérisée par une hyperesthésie des nerfs sensibles de tous les territoires organiques ou de quelques-uns seulement ; cette hyperesthésie finit par déterminer une obsession psychique : au point de vue intellectuel l'attention est constamment fixée sur des sensations anormales ; dans la sphère morale, on observe de la dépression et de l'angoisse ; du côté de la volonté, de l'inquiétude et de l'agitation, en même temps qu'une indifférence croissante pour tout ce qui n'est pas la maladie. »

Nous n'avons pas l'intention de faire une étude complète

de l'obsession ni de l'hypocondrie ce qui sortirait du cadre de notre travail. Nous allons simplement essayer d'appliquer ces deux définitions à nos malades, ce qui nous permettra d'analyser leur trouble mental et de chercher si, dans leur état mental, nous pouvons trouver des indications et surtout des contre-indications à un acte opératoire.

CHAPITRE PREMIER

MALADES PRÉSENTANT DES IDÉES FIXES OBSÉDANTES.

Les malades qui constituent notre premier groupe répondent de très près à la définition des obsédés.

Chez eux une idée fait irruption dans l'esprit et s'y fixe. Leur attention déviée se concentre sur un seul point, la conscience tout entière est envahie par cette idée. Chez l'un c'est l'idée qu'il pourrait bien avoir un varicocèle (Obs. I), chez un autre c'est l'idée que son nez est difforme (Obs. II et III).

Ce qui distingue ces malades c'est qu'ils ont plus ou moins conscience de l'idée qui s'impose et de la violence que subit leur esprit. Tous ne le disent pas avec la même netteté, mais l'un d'eux (Obs. I) écrit : « Je sais bien que je n'ai aucune maladie ; mes craintes sont folles, j'en suis convaincu ; j'ai l'esprit malade ; c'est entendu, mais je souffre trop moralement pour pouvoir vivre ainsi. Il me semble que si on m'enlevait ce maudit testicule, je n'éprouverais plus ces angoisses cent fois plus pénibles que la mort. » Si les autres malades sont moins explicites, la lecture attentive de leur observation permet de se rendre compte que chez eux la croyance en la réalité d'une affection dangereuse n'existe pas. Ils ont conscience que l'idée qu'ils ne peuvent chasser ne repose pas sur une base solide et raisonnable. Ces femmes qui veulent se faire enlever les seins ne sont nullement persuadées qu'elles ont une affection de la mamelle, mais elles ne peuvent chasser de leur esprit cette idée qu'elles ont besoin de se débarrasser de ces organes.

Ces idées peuvent apparaître là sans raison aucune : on ne peut invoquer des sensations anormales qui auraient provoqué une réaction psychique. L'un se regardant sans doute dans un miroir a vu que son nez n'avait pas une forme très élégante, l'autre, voulant se marier, a appris de sa fiancée que ses oreilles avaient le lobule trop long et aussitôt l'idée de leur difformité s'est imposée à leur esprit d'une façon tyrannique. De même chez un individu sain d'esprit un motif musical s'impose à l'esprit pendant un temps plus ou moins long et n'en peut être chassé sans un effort de la volonté.

Chez ces malades tous dégénérés, déséquilibrés, la volonté n'a pas la force nécessaire pour chasser cette idée obsédante et pénible. Quand le point de départ de l'idée obsédante est patent, la disparition de cette cause prochaine peut entraîner la disparition de l'idée obsédante. C'est ce que nous voyons dans notre observation IV, où la réfection plastique d'une oreille malformée est suivie d'une disparition de l'obsession. On peut dire que le trouble mental de ce malade n'était que l'exagération d'un état d'esprit normal. Il y avait disproportion évidente entre l'angoisse que lui causait la vue de son oreille malformée et la gravité de la malformation elle-même ; mais cette malformation existait réellement et, pour le malade, elle entraînait comme conséquence le refus de sa fiancée. Chez un homme normal une idée s'impose d'autant plus à l'esprit que l'objet de cette idée a une plus grande importance. C'est ainsi que le savant qui cherche la solution d'un problème est poursuivi constamment par l'idée du sujet qu'il étudie. Cette préoccupation est normale parce que la solution du problème a une grave importance pour le savant. Chez notre malade il se passe quelque chose d'analogue ; il est très préoccupé par la pensée de ses oreilles et par le désir de les faire restaurer, parce que pour lui cette restauration a une grave importance, étant donnée la parole de sa fiancée. On comprend dès lors l'heureuse influence qu'a eue sur son état mental l'opération pratiquée par M. Picqué, tandis que chez les malades des observations I, II et III une intervention n'aurait eu non seulement aucune raison d'être, mais encore aucun résultat au point de vue mental.

La malade de l'observation II est encore une obsédée. On lui découvre une hernie crurale et brusquement, cette femme, qui, jusqu'alors, n'avait eu aucune idée hypocondriaque, est prise de cette idée qu'elle ne peut vivre sans être opérée. Là encore le point de départ de l'idée obsédante est des plus nets. Il faut aussi insister sur ce fait que cette malade n'avait que cette seule idée hypocondriaque et que d'autre part si la malade s'exagérait à elle-même la gravité de son cas la hernie crurale n'en existait pas moins. Là encore il devenait réellement indiqué de faire disparaître cette hernie, l'indication, facultative au point de vue chirurgical, devenait presque absolue au point de vue mental.

Les malades des observations VI, VII et VIII ont bien encore des idées fixes à caractères obsédants, chez eux l'idée délirante n'a aucune base dans une lésion de la sensibilité. Ils ont néanmoins une physionomie à part à côté des autres malades de ce groupe. En effet, chez eux, la dégénérescence est portée à un très haut point. Nous voyons chez l'une : infantilisme, blésité, malformation de l'oreille externe, peu d'intelligence ; l'autre est, dit-on, une prédisposée à la folie ayant passé plusieurs fois par les asiles. D'autre part les conceptions délirantes de ces malades ont un cachet d'absurdité bien en rapport avec leur faiblesse mentale. Les raisons qu'elles donnent pour justifier leur besoin de se faire opérer sont enfantines : les unes ont peur de voir leurs seins devenir trop gros, l'autre trouve son pied trop large. Toutes les trois cependant souffrent de leur idée fausse. Cette idée se fixe dans leur esprit et les pousse vers le chirurgien. Elles ont d'autre part conscience de l'inanité de leurs craintes et de leur absurdité. Elles ne peuvent, en raison de leur débilité mentale, analyser leur état d'esprit comme le malade plus intelligent de l'observation I, mais leur perversion morale naturelle les pousse à la supercherie pour arriver à la satisfaction de leur idée obsédante. Chez ces malades, l'opération n'a aucun effet sur l'état mental. L'idée obsédante leur est venue sans motif aucun, aussi l'opération n'aurait eu d'autre conséquence que de faire disparaître une première obsession, mais, sur ce terrain instable, une autre idée aussi absurde et

aussi obsédante que la première serait venue immédiatement pousser. Ainsi la malade de l'observation VI se fait d'abord enlever un sein, puis le second ; elle ne s'arrête pas là et demande à se faire enlever les doigts. La chirurgie n'a que faire dans ces cas-là. Le traitement moral et la suggestion pourraient peut-être plus qu'elle.

Ainsi donc voici un premier groupe de malades chez qui l'état d'angoisse est consécutif non pas à des sensations anormales mais à une idée vraie ou fausse qui s'impose à leur esprit d'une manière irrésistible. Si la raison qui a provoqué et qui entretient l'idée obsédante est visible et peut être atteinte par le chirurgien, il y a tout lieu d'espérer la guérison de l'état d'angoisse par l'ablation de la cause qui l'a provoqué ou qui l'entretient. En un mot s'il existe chez ces malades *obsédés par une seule* idée fixe, une lésion ou une malformation justiciable d'une intervention opératoire, le chirurgien devra opérer avec quelques chances de succès. Si au contraire la cause somatique qui a mis en éveil l'inquiétude du malade n'a aucune importance, si, d'autre part, les phobies du malade sont multiples, le chirurgien devra s'abstenir, car il se trouvera en présence de malades tellement déséquilibrés, sur un terrain tellement instable qu'il devra craindre de voir surgir les inquiétudes du malade à propos d'un autre organe.

CHAPITRE II

MALADES CHEZ QUI L'IDÉE FIXE OBSÉDANTE D'UNE AFFECTION CHIRURGICALE ABOUTIT A UNE PSYCHOSE.

Les malades de notre second groupe sont des obsédés qui finissent par tomber dans la mélancolie.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur le point de savoir si l'idée obsédante peut aboutir ou non à la mélancolie. Westphal (1) croit que les idées obsédantes ne dégénèrent jamais en idées délirantes. Schofer (2) leur reconnaît une parenté

(1) Westphal, Ueber Zwangsvorstellungen. Berlin, klin. Wochens., 1877.

(2) Schofer, Psychol. Centralblatt, 1880.

avec la mélancolie. Pour Wille (1), elles peuvent aboutir à la mélancolie. Emminghaus (2) pense qu'elles peuvent provoquer une mélancolie secondaire. Krœplin (3) admet qu'elle ont comme débouché naturel la mélancolie.

Nous ne discuterons pas cette question de savoir si les idées obsédantes ayant leur point de départ dans une affection vraie ou supposée peuvent ou non se terminer par la mélancolie. Nous réunissons simplement les cinq malades de nos observations IX, X, XI, XII, XIII, parce que ce qui frappe dans leur histoire c'est que leur esprit à force d'être occupé constamment par l'idée de leur affection a fini par tomber dans un état mélancolique qui les a amenés à l'asile.

La malade de l'observation V diffère beaucoup des quatre suivantes. On remarque en effet que cette femme est une prédisposée au premier chef. Elle a même déjà été internée pour un accès de délire, au moment où elle a commencé à éprouver la phobie des microbes et de l'infection. D'autre part ses idées fixes obsédantes n'étaient basées sur aucun symptôme objectif et étaient multiples. Il ne s'agissait pas chez elle d'une seule idée fixe portant sur une lésion déterminée. Enfin la mélancolie terminale chez elle n'est survenue que longtemps après le début de ses obsessions. On pourrait même admettre que la mélancolie, loin d'être consécutive, comme elle le paraît, à ses idées obsédantes, n'a fait que se manifester d'abord par ces mêmes idées pour éclater plus tard avec tous ses symptômes. Quoi qu'il en soit, chez une pareille malade une opération n'aurait probablement eu aucune influence. Après un curettage qui lui aurait, d'après elle, désinfecté l'utérus, elle aurait cru sans doute avoir une autre infection soit des trompes, soit du péritoine.

Les quatre autres malades de ce groupe sont bien différents. Ils ne paraissent d'abord ni les uns ni les autres être des dégénérés bien accentués. Avant l'affection qui les a si fortement préoccupés, ils n'avaient jamais déliré. En second lieu la relation de causalité entre l'idée fixe de leur maladie et

(1) Wille, *Arch. f. Psychiatrie*, 1880.

(2) Emminghaus, *Handb. d. Psych.*, 1878.

(3) Krœplin, *Handb. d. Phys.*, 1878.

leur accès mélancolique est évidente. Chez trois d'entre eux nous voyons que la maladie dont ils se plaignent est ou bien une infirmité dégoûtante (Obs. XI et XIII) capable de gêner considérablement les relations sociales et les habitudes ordinaires, ou encore la cécité, c'est-à-dire une infirmité qui supprime presque toute relation avec le monde extérieur. Chez la malade de l'observation X, il n'y a à la vérité aucune infirmité de ce genre, mais par suite de l'ignorance de la malade, le petit kyste qu'elle porte devient un signe de maladie honteuse. En somme chez ces malades nous voyons une affection réelle, non douloureuse, il est vrai, mais gênante et capable d'entraîner chez un homme normal une certaine préoccupation constante. Cette préoccupation devient chez ces malades non seulement une préoccupation sérieuse, mais l'unique préoccupation toujours entretenue par la présence de l'infirmité. Une dépression consécutive se produit et le malade tombe dans la mélancolie confirmée.

Les indications thérapeutiques sont des plus précises. Il faut débarrasser ces malades de la lésion ou de l'infirmité qui a amené chez eux le délire. D'ailleurs nos quatre observations sont des plus instructives à cet égard. Chez la première malade (Obs. X) la ponction du kyste suffisait au début pour tranquilliser son esprit et lui faire ressaisir l'équilibre. Au moment où l'on a tenté une opération radicale, elle a fait, il est vrai, une psychose post-opératoire, mais nous avons vu quelles circonstances nouvelles étaient venues compliquer les conditions d'équilibre de son état mental. Si dès l'apparition du kyste on avait fait à cette malade une opération radicale, elle se serait trouvée pour la supporter dans des conditions bien différentes au point de vue mental de ce qu'elle était après avoir pendant vingt-cinq ans entretenu son idée fausse et ses angoisses. Peut-être au début, l'opération faite avec certaines précautions, comme le traitement moral avant l'opération, l'emploi de la cocaïne, aurait-elle épargné à cette femme un séjour de deux mois dans un asile et des angoisses périodiques pendant vingt-cinq ans.

Dans les observations XI, XII et XIII le résultat démontre nettement que chez les malades porteurs d'une infirmité qui

par sa nature est capable, soit d'inspirer du dégoût, soit d'entraver considérablement l'existence normale, l'obsession et la préoccupation causée par cette infirmité peut aboutir à la mélancolie, et que la guérison de cet état mélancolique est liée à la disparition de l'infirmité. L'indication opératoire est dans ces cas, absolue.

« Chez certains malades, dit M. Ballet (1), qui n'attendent pour délirer qu'une occasion, toute lésion viscérale, *toute perturbation du jeu des fonctions organiques*, peuvent être des circonstances adjuvantes qui favorisent ou même provoquent l'éclosion des troubles mentaux. Les méconnaître conduirait à porter un diagnostic incomplet et à formuler des indications thérapeutiques insuffisantes. »

CHAPITRE III

MÉLANCOLIQUES AVEC IDÉES HYPOCONDRIQUES.

Nous allons maintenant nous occuper de malades qui par le mécanisme psychologique de leurs préoccupations rentrent dans une catégorie différente. Ceux-là sont de véritables hypocondriaques. C'est-à-dire que chez eux les idées fausses ont un point de départ dans des sensations anormales. L'obsédé souffre d'une idée qu'il ne peut chasser de son esprit, l'hypocondriaque souffre d'une sensation qu'il exagère. « Tous les nerfs sensitifs vibrent, pour ainsi dire, chez l'hypocondriaque; les sensations sont exagérées; tantôt l'hyperesthésie est localisée à certains territoires nerveux, tantôt elle est généralisée : elle est fixe ou passe d'une région à une autre. » « L'observation nous montre que les nerfs des organes abdominaux et génitaux sont surtout le siège de ces perceptions anormales; celles-ci ne sont pas seulement exagérées mais perverses, elles sont pour les malades, nouvelles, insolites, impossibles à concevoir et à qualifier » (Schüle).

(1) Ballet, Cliniques.

Nous ne nous attacherons pas à rechercher si l'hypocondrie est une maladie autonome, essentielle, ou si au contraire, elle n'est qu'un syndrome commun à un grand nombre de maladies nerveuses et mentales (Ballet).

Nous étudierons les idées hypocondriaques dans quelques maladies mentales bien classées comme la mélancolie et le délire de la persécution, et nous chercherons à dégager des indications thérapeutiques au point de vue chirurgical.

Nous verrons ensuite cette grande classe de malades présentant des idées hypocondriaques et que l'on range indifféremment dans l'hypocondrie essentielle, la neurasthénie, l'hystérie.

Les malades de notre troisième groupe sont des mélancoliques avec idées hypocondriaques.

Les idées hypocondriaques se rencontrent fréquemment chez les mélancoliques. On décrit classiquement une forme spéciale de la mélancolie : la mélancolie hypocondriaque. Dans la mélancolie il existe une hyperesthésie psychique qui détermine la dépression. Sur ce fonds il n'est pas étonnant que les moindres sensations normales ou anormales arrivent à produire une réaction psychique douloureuse. Tantôt les idées hypocondriaques ont une base dans un état de souffrance de l'organisme, tantôt elles se produisent sans que le mélancolique puisse la rattacher à une cause. Parfois les idées hypocondriaques s'emparent brusquement du mélancolique qui analyse sans cesse son état et le plongent dans une terreur confuse.

En général les mélancoliques avec idées hypocondriaques sont des malades d'asile ; cependant la malade de l'observation XIV réussit à se faire opérer trois fois, bien qu'à peu près au même moment, elle ait présenté des idées de suicide.

Nous nous souvenons avoir vu dans le service de notre maître M. Picqué une malade qui souffrait du ventre et réclamait avec insistance une opération. M. Picqué qui avait reconnu en elle une mélancolique se refusa à l'opérer. La malade sortit de l'hôpital malgré la volonté expresse de

M. Picqué et le soir même elle se tuait avec ses trois enfants (1).

Nous voyons par l'observation XIV que l'opération n'amène aucun changement de l'état mental. La conduite du chirurgien aliéniste sera donc de s'abstenir de toute opération facultative chez les mélancoliques avec idées hypochondriaques. Cependant si les malades présentent une lésion évidente, le chirurgien pourra intervenir, mais il attendra la période de convalescence. M. Picqué a vu ainsi un certain nombre de cas de mélancolie dans lesquels la convalescence se faisait plus rapidement après une intervention chirurgicale.

CHAPITRE IV

PERSÉCUTÉS AVEC IDÉES HYPOCHONDRIQUES.

La malade de notre observation XXII est un type de malades très nombreux. Comme le dit M. Magnan (2), « les idées de persécution et les préoccupations hypochondriaques ont un point de contact : le trouble de la sensibilité générale ». Les persécutés appartiennent d'une façon générale à deux classes : les dégénérés et les délirants chroniques.

Voici comment M. Magnan analyse la genèse de l'idée hypochondriaque chez le dégénéré qui peut en même temps être un persécuté. « Voyez l'homme qui scrute minutieusement ses sensations organiques infinitésimales, qui s'applique à leur recherche, qui vit dans la continuelle et craintive attente de la douleur. Il examine tous ses organes au verre grossissant de son attention ; il appelle à chaque instant en pleine lumière les obscures perceptions nées dans ses viscères ; il s'écoute vivre et il souffre de vivre. A cette étude intime qui amplifie démesurément toute image, qui amène à la conscience une somme de notions

(1) Picqué, Congrès international d'assistance publique et de bienfaisance privée, 1900.

(2) Magnan, *Clinique mentale*.

insolites, répond, en effet, la conclusion précipitée qui en exagère les conséquences et lance le malade au sein des plus étranges divagations. Mais ces terreurs mêmes qu'a provoquées une analyse illogique, font naître à leur tour d'autres craintes, nouveau thème d'analyse et nouveau sujet d'angoisse pour le patient. Celui-ci se meut dans un cercle de sensations qui le tiennent impérieusement tourné vers le même point; il est le prisonnier d'une idée fixe qui a subjugué et monopolisé sa conscience et a exilé dans l'inconscient toutes les autres idées. »

Cette fine analyse psychologique s'applique à la grande majorité des hypocondriaques qui assaillent le chirurgien, mais nous l'avons citée ici parce qu'elle peint merveilleusement l'état d'équilibre instable des dégénérés de M. Magnan qui peuvent avoir en même temps que des idées hypocondriaques des idées de persécution ou chez lesquels les idées de persécution peuvent faire suite aux idées hypocondriaques.

Ces malades, on le conçoit facilement, inquiètent toujours le chirurgien qui peut craindre que l'acte opératoire ne devienne le point de départ d'un délire de persécution dirigé contre lui. Aussi M. Picqué a-t-il adopté comme formule : ne jamais opérer les persécutés, sauf les cas d'urgence. Nous verrons tout à l'heure à discuter cette opinion de notre vénéré maître.

Les persécutés délirants chroniques sont tout à fait différents des persécutés que nous venons d'étudier. « Dès le début de sa maladie, dit M. Magnan, dans cette phase d'inquiétude où il cherche à répondre à ses vagues pressentiments, le délirant chronique ne s'avise pas que sa santé pourrait être altérée. Il cherche aussitôt autour de lui une cause plausible à son sourd malaise et s'il se plaint, c'est déjà pour accuser. Le délirant chronique n'est donc jamais à aucun moment de l'évolution de sa psychose, un hypocondriaque : il n'est d'abord qu'un persécuté. »

Et maintenant quelle est la conduite que doit tenir le chirurgien vis-à-vis d'un persécuté hypocondriaque ? Si les conceptions hypocondriaques ne reposent absolument sur rien de palpable, il est bien évident que l'abstention s'impose.

Mais si les idées hypocondriaques se sont concentrées autour d'une lésion évidente quoique peu grave, le chirurgien doit-il également s'abstenir ? Nous n'osons l'affirmer d'une façon absolue, car, sans avoir d'observations à apporter, nous avons déjà vu plusieurs fois de ces malades persécutés atteints de petites affections telles que : furoncles, abcès dentaire, exagérer considérablement l'importance de leur maladie, l'attribuer même à des machinations de leurs ennemis habituels, mais jamais ne faire retomber sur le médecin le poids de leurs récriminations.

D'autre part nous devons dire que nous avons gardé le souvenir d'une vieille persécutée de Sainte-Anne, qui se plaignait de douleurs abdominales, et chez laquelle M. Picqué pratiqua un simple examen gynécologique. Cette malade, à partir de ce jour, fit entrer M. Picqué dans la liste déjà nombreuse de ses ennemis.

Il est donc bien difficile de poser une règle absolue en ce qui concerne ces malades. Comme nous l'avons déjà dit, il y a surtout des cas particuliers. C'est au médecin aliéniste qui connaît son malade à fond d'engager le chirurgien à opérer ou à s'abstenir. Mais si cependant la lésion dont se plaint le persécuté était, bien que peu grave, de nature à causer de la douleur ou une gêne considérable, ce serait pour le médecin un devoir d'humanité d'intervenir, au risque de se voir plus tard pris pour un persécuteur par son malade.

CHAPITRE V

ÉTATS NEURASTHÉNIQUES ET HYSTÉRIQUES AVEC IDÉES HYPOCONDRIAQUES.

Dans ce chapitre, nous allons étudier les malades qui rentrent dans le quatrième groupe de nos observations. Ces malades sont des hypocondriaques véritables. Leur maladie peut être classée au point de vue mental sous le titre : hypocondrie essentielle, neurasthénie avec idées hypocondriaques, hystérie avec idées hypocondriaques.

« D'ailleurs, comme le dit Schüle, au point de vue nosologique, on ne peut distinguer les unes des autres les sensations douloureuses, hystériques et hypocondriaques. » Kraft-Ebing (1) dit d'autre part : « L'hypocondrie a beaucoup de points de contact avec la neurasthénie, en ce sens que cette dernière est souvent la base somatique et le point de départ de la dépression hypocondriaque et de la formation des idées délirantes. Si le neurasthénique n'est pas toujours hypocondriaque, il faut convenir qu'il est toujours nosophobique. »

Les sensations anormales qui tourmentent cette classe de malades portent presque toujours sur des organes internes, les organes abdominaux ou les organes génitaux. De plus, les maladies dont ils se plaignent sont indéfinies, souvent multiples, toujours douloureuses. C'est chez ces malades que l'on rencontre les névralgies pelviennes, ovariennes, les varicocèles douloureux, etc.

D'autre part ces malades sont très suggestionnables, c'est pourquoi Schüle, parlant du traitement de l'hypocondrie, dit que le traitement psychique est de beaucoup le plus important. Il ajoute que ce traitement est, dans les grandes lignes, tout à fait analogue à celui de l'hystérie.

On conçoit que chez ces malades le traitement chirurgical ait peu d'action. Ainsi parmi nos six malades en voyons-nous deux (Obs. XX et XXI) qui subissent sans aucun succès une opération chirurgicale dans le but d'obtenir la guérison des lésions dont elles se plaignent. Après l'opération leur délire reparaît de plus belle.

Les malades des observations XVIII et XIX subissent une opération simulée et guérissent. La suggestion dans ces cas a amené la guérison : la chirurgie n'a agi que comme adjuvant du traitement moral. Chez la malade de l'observation XX nous voyons une première opération simulée échouer ; une seconde opération véritable échoue également, enfin la simple suggestion à l'état de veille amène la guérison. Ce cas intéressant nous montre que les moyens à employer dans le traitement psychique varient avec les malades et que ce

(1) Kraft-Ebing, *Psychiatrie*, trad. Em. Laurent.

ne sont pas ceux qui devraient frapper le plus violemment l'esprit qui réussissent le mieux.

Dans l'observation XVI, l'opération semble avoir été suivie de la disparition du trouble psychique. Faut-il attribuer cet heureux résultat à la fixation d'un rein mobile qui n'avait, jusqu'à sa découverte, nullement fait souffrir la malade ? Nous croyons plutôt que, là encore, l'opération n'a agi que par suggestion. Cette malade souffrait des douleurs vagues de tous les neurasthéniques, jusqu'au jour où elle apprend qu'elle a un rein déplacé. A ce moment toutes ses préoccupations se concentrent sur le rein et elle attend avec anxiété l'opération qui, fixant le rein, lui enlèvera sa préoccupation. Elle a trouvé une cause à ses sensations douloureuses, rien de plus naturel pour elle que l'opération ne lui enlève ces sensations douloureuses en même temps que leur cause.

En résumé nos six observations nous apprennent que la chirurgie ne peut rien pour ces malades. Si elle n'aggrave pas leur délire, elle le laisse persister.

A l'occasion de ces malades, nous voulons dire un mot des indications opératoires chez les hystériques. M. Picqué professe qu'il ne faut jamais, sauf les cas d'urgence, opérer les hystériques. Il s'appuie pour soutenir son opinion sur les statistiques publiées par quelques auteurs étrangers. Angelucci et Pieraccini (1), étudiant l'influence que peut avoir une opération chez les hystériques, ont vu que, dans la majorité des cas, les accidents psychiques restaient stationnaires ou étaient aggravés. Cuytitz est arrivé aux mêmes conclusions. Parmi nos six malades, nous en avons trois qui sont notoirement des hystériques. Or une de ces malades (Obs. XX) a été opérée et a vu s'aggraver son état mental. Elle n'a guéri que par la suggestion. Nous concluons donc comme M. Picqué que les hystériques, sauf le cas où elles présentent des lésions graves, n'ont aucun bénéfice à retirer de la chirurgie et que au contraire une opération peut souvent aggraver leur état.

(1) Angelucci et Pieraccini, Opportunité et efficacité du traitement gynécologique dans les névroses hystériques et l'aliénation. *Riv. di frenatria*, XXIII, 1897.

CHAPITRE VI

PERSÉCUTEURS HYPOCONDRIQUES.

« Les persécuteurs hypocondriaques, dit Leroy dans sa thèse sur les persécutés-persécuteurs, sont des malades qui présentent de nombreuses préoccupations hypocondriaques, accusent leur médecin de les avoir mal soignés, eux et leur famille. Ils le poursuivent avec un acharnement infatigable et ne reculent pas toujours devant des actes de violence. »

Le plus souvent, ce sont les médecins qui sont les victimes de ces malades parce que les idées hypocondriaques multiples qu'ils présentent relèvent plus souvent de la médecine que de la chirurgie. Mais il peut arriver aussi que pour son malheur le chirurgien soit choisi comme victime.

Ces malades sont ceux dont le chirurgien doit le plus se défier, car pour peu qu'ils aient une lésion, si minime soit-elle, ils réussissent à la présenter sous un jour tel que le chirurgien est naturellement amené à opérer.

Ces malades, d'une façon générale, doivent être prudemment laissés de côté par le chirurgien parce qu'ils ont une tendance à faire entrer dans leur délire toutes les personnes qui les approchent et plus particulièrement celles qui exercent sur leur imagination une plus grande influence.

Nous ferons cependant remarquer un fait curieux, c'est le choix incompréhensible que fait le persécuteur de sa victime. Dans le cas que nous avons rapporté, il aurait pu choisir le premier chirurgien qui avait opéré, et mal opéré suivant lui, son varicocèle; il aurait pu également choisir avec quelque apparence de logique l'interne qui l'avait opéré en dernier lieu et lui avait procuré un hématome suppuré; il aurait pu même, à la rigueur, s'en prendre aux chirurgiens qui refusaient de lui faire une opération. Rien de tout cela. Il s'attache à Mme F..., la surveillante, qu'il rend responsable de ce qu'il considère comme son malheur.

Notre ancien collègue et ami le D^r Battier nous a commu-

niqué récemment une observation du même genre. Il s'agit d'une femme habitant le Kremlin-Bicêtre qui était fort tourmentée par une déchirure du périnée. Elle fut opérée et en ressentit un soulagement. Mais peu après elle se met à souffrir du ventre. Une voisine lui conseille de voir un spécialiste. Celui-ci l'examine au spéculum et lui pose un tampon glycériné dans le vagin. Elle était restée chez ce médecin juste le temps nécessaire au pansement. En se relevant, sa victime était trouvée : ce médecin lui avait introduit dans le vagin un spéculum muni d'un crochet avec lequel il lui avait descendu les entrailles. Elle nourrit contre ce médecin un ressentiment tenace et l'accuse d'être la cause de toutes ses maladies et ces maladies sont nombreuses, car trois fois le Dr Battier a été appelé pour en constater une nouvelle qui n'existait que dans l'imagination de la malade. A chaque fois elle revenait sur le spécialiste avec son spéculum à crochet qui, d'après elle, avait détraqué son organisme et qu'elle menaçait de sa vengeance. Jusqu'ici ses réactions contre son persécuteur n'ont pas été au delà.

Ce cas nous a paru intéressant à rapporter parce que nous y voyons, comme dans le précédent, une opération pour une affection réelle n'amener, de la part de la malade, aucune réaction. Il semblerait que, lorsque l'opération est très nettement indiquée au point de vue chirurgical, le chirurgien pourrait l'effectuer sans craindre trop de devenir la victime du malade.

Néanmoins, comme ces malades sont très dangereux, nous concluons en disant que, en dehors des cas d'urgence bien entendu, ils doivent être, malgré leur insistance, des *noli me tangere* pour le chirurgien.

CONCLUSIONS

Nous avons voulu dans ce travail étudier cette catégorie si nombreuse d'aliénés qui importunent le chirurgien pour obtenir de lui une opération qu'ils croient utile à tort ou à raison.

Ces malades se rencontrent aussi fréquemment en dehors des asiles que dans les asiles et c'est à ce titre qu'ils intéressent tous ceux qui pratiquent la chirurgie.

Tantôt ces malades ne présentent aucune lésion et ils sont alors, quoique libres, facilement reconnus comme aliénés par le chirurgien. Tantôt au contraire ces malades présentent des lésions plus ou moins évidentes ou accusent des douleurs intenses et constantes qui paraissent au chirurgien légitimer une opération.

Nous avons cherché à quels groupes de maladies mentales appartenaient ces malades, et nous sommes arrivés à établir dans nos observations six groupes différents. Dans le premier groupe nous avons rangé des malades présentant surtout des idées fixes obsédantes. Dans le second nous voyons des malades chez qui l'idée obsédante aboutit à une psychose. Dans le troisième nous rangeons des malades qui, au point de vue mental, sont des mélancoliques avec idées hypocondriaques. Dans le quatrième nous envisageons les états neurasthéniques avec idées hypocondriaques. Dans le cinquième, se placent les persécutés avec idées hypocondriaques. Enfin dans le sixième, nous montrons un persécutéur-hypocondriaque.

Nous insistons sur ce fait que la plupart de ces malades ne sont pas internés et ne l'ont jamais été.

De l'étude au point de vue mental de chacune de nos observations et de leur comparaison dans un même groupe de malades, nous tirons des indications et contre-indications au point de vue opératoire.

Bien qu'en réalité il faille surtout tenir compte des cas particuliers, nous avons cependant cru dégager quelques règles plus générales.

1° Chez les malades *obsédés* par une seule idée fixe, le chirurgien pourra opérer avec quelque chance de voir disparaître l'idée fixe s'il existe une lésion ou une malformation justiciable d'une intervention opératoire. Si au contraire la lésion somatique est peu importante, et si les phobies du malade sont multiples, le chirurgien devra s'abstenir.

2° Chez les malades présentant *une psychose qui est en relation causale avec une idée obsédante* due à une lésion évidente, l'indication opératoire est absolue.

3° Chez les *mélancoliques hypocondriaques* le chirurgien devra s'abstenir, même dans le cas de lésions évidentes. Cependant l'expérience a montré qu'à la *période de convalescence* une opération pouvait, chez ces malades, améliorer l'état mental.

4° Chez les *persécutés présentant des idées hypocondriaques*, les indications opératoires sont des plus délicates à établir. Tantôt on peut opérer, tantôt il est préférable de s'abstenir. C'est surtout chez ces malades que l'étude des cas particuliers est nécessaire.

5° Dans les *états neurasthéniques ou hystériques avec idées hypocondriaques*, la règle générale nous a paru être l'abstention absolue au point de vue opératoire. Ces malades ne relèvent que de la suggestion.

6° Chez les *persécutés-persécuteurs* l'abstention est la règle, sauf bien entendu, comme chez tous les autres malades d'ailleurs, dans les cas d'urgence.

VU :

Le Président,

A. LE DENTU.

VU :

Le Doyen,

P. BROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

Cette question de la chirurgie spéciale des aliénés est née d'hier, aussi la bibliographie en est-elle peu chargée. Nous avons fait surtout de larges emprunts aux travaux de M. Picqué.

- AZAM. De la folie sympathique provoquée ou entretenue par les lésions organiques de l'utérus et de ses annexes, in-8°. Bordeaux, 1858.
- ANGELUCCI ET PIERACCINI. Opportunité et efficacité du traitement gynécologique dans les névroses hystériques et l'aliénation. *Riv. di frenatria*, XXIII, 1897.
- BLAISDELL. Ablation des ovaires dans la démence. *Méd. Record*, 20 février 1896.
- BROCA. Frénésie hystérique guérie par la laparotomie. 6^e cong. *frenatria ital.*, septembre 1889.
- BONDURANT. Deux cas d'aliénation mentale traités par l'ovariotomie. *Americ. Journ. of insanity*, janvier 1886.
- CANU. Résultats thérapeutiques de la castration chez la femme. Conséquences sociales de cette opération. *Thèse Paris*, 1896.
- CASTAGNÉ. De l'ablation des annexes de l'utérus dans l'hystérie. *Thèse Montpellier*, 1890.
- CHARLEONI. Hystérie et castration. *Congrès de Pavie*, septembre 1887.
- AUG. FOREL. Guérison de l'hystérie par la castration. *Corr. Blatt. f. Schweiz. Aertzt*, 15 novembre 1886.
- GILLIAM. Oophorectomie pour l'aliénation et l'épilepsie. *Am. Journal of Obst.*, octobre 1896.
- GUSY. Difformités congénitales et affections des organes génito-urinaires des deux sexes comme cause de troubles intellectuels ou de folie dite sympathique. *Prog. méd.*, 13 juin 1896.
- GEO SAVAGE (H.). Maladie mentale guérie par l'épilation de la barbe chez une femme. *The Journal of mental science*, juillet 1886.
- GIOVANNI (DE). Contre l'intervention chirurgicale dans les névroses. *Intern. klin. Rundschau*, nos 27-29, 1893.
- GOODEL. Notes cliniques sur l'extirpation des ovaires dans l'aliénation mentale. *Americ. Journ. of insanity*, 1882.
- HOBBS. La gynécologie chez les aliénés. *Americ. med. surg. Bulletin*, 28 mars 1895.
- HOBBS. Gynécologie chirurgicale chez les vésaniques. *Brit. med. Journ.*, 25 septembre 1897.
- HERMANCE. Guérison d'une maladie mentale par introduction d'un faux testicule chez un individu mono-cryptorchide. *Amer. Journ. of insanity*, avril 1895.
- LEYDEN. Hystérique de 30 ans ayant subi sept opérations graves. *Berlin. klin. Woch.*, 28 novembre 1892.

- LE DENTU. Des délires post-opératoires. *Méd. mod.*, nos 4 et 5, janvier 1891.
- MARSHALL. Insanity cured by castration. *Med. and surgical Rep.*
- MANTON. Chirurgie abdominale chez les aliénés. *Americ. journal of Obst.*, novembre 1892.
- MARCHIONNESCHI. De la castration et de la salpingectomie chez les femmes hystéro-épileptiques. *Ann. d'obst.*, août 1889.
- PAMARD. Inutilité de l'ablation des ovaires pour la guérison de l'hystérie. 9^e Congrès français de chir., 1895.
- PERETTI. Le traitement gynécologique dans ses rapports avec l'aliénation mentale. *Berlin. klin. Woch.*, mars, août 1882.
- PICQUÉ. De l'assistance chirurgicale des aliénés dans les asiles publics du département de la Seine. *Revue philanthropique*, 10 décembre 1899.
- PICQUÉ. Indications opératoires chez les aliénés. *Bulletin médical*, 12 juillet 1894.
- PICQUÉ ET FEBVRE. Du rôle de l'hygiène et de la gynécologie dans les services de femmes aliénées. Congrès des aliénistes de Marseille (10^e section), 1899.
- PICQUÉ. Du délire psychique post-opératoire. *Société de chirurgie*, 1^{er} mars 1898.
- PICQUÉ ET BRIAND. Des psychoses post-opératoires. *Société de chirurgie*, 9 mars 1898.
- PICQUÉ. Que doit-on entendre par psychose post-opératoire? *Bulletin médical*, 14 septembre 1898.
- PICQUÉ ET FEBVRE. Du rôle de l'intervention chirurgicale et en particulier des opérations gynécologiques dans certaines formes d'aliénation mentale. *Société de chirurgie*, 29 mars 1899.
- PICQUÉ ET DAGONET. Chirurgie des aliénés. *Recueil de travaux*, t. I, 1901.
- ROHÉ. Relations entre les affections pelviennes et la folie chez la femme.
- STONE. Résultats psychiques des opérations gynécologiques. *Journal of Americ. med. assoc.*, 30 août 1890.
- SAUSSOL. Varicocèle et hypocondrie. *Thèse de Paris*, 1897.
- THOMAS MORTON. Ablation des ovaires comme traitement de la folie. *Americ. journ. of insanity*, janvier 1883.
- A. VOISIN. Délire de persécution, kyste dermoïde de l'ovaire, laparotomie, disparition des troubles mentaux. *Journal de méd. de Paris*, 17 mars 1896.
- ZAKOWSKI. De la castration dans l'hystérie. *Wien. med. Woch.*, 4 juillet 1890.



